



Nytt akutsjukhus och vård Närmare Kronobergaren

Sammanfattande leverans den 16 mars 2021

www.sironagroup.se

Executive summary

Region Kronoberg bygger om vården för att möta invånarnas framtida behov inom en hållbar kostnadsram. Centrallasarettet i Växjö (CLV) behöver ny- eller ombyggas, och om dagens utvecklingstakt fortsätter så behöver CLV utvidgas med fler vårdplatser. Valet för regionens framtida vård står således mellan två huvudalternativ:

Alternativ 1: Bygga om/nytt större CLV, om 131' m2 BTA, 263 vårdplatser, vilket behövs för att möta behoven om existerande vårdstruktur och dagens utvecklingstakt följs

Alternativ 2: Återhållsam dimensionering av CLV, om 105' m2 BTA, 200 vårdplatser, vilket är möjligt om regionen bygger om *hela* vårdstrukturen enligt strategin *Närmare Kronobergaren 2030*, samtidigt som bättre produktivitet säkras på sjukhuset och inom alla vårdområden

Alternativ 2: En återhållsam dimensionering, i parallell med att regionen bygger om hela vården, är det rekommenderade valet; det är genomförbart och det ger bättre resultat för både patienter och skattebetalare. En återhållsam dimensionering av CLV ger:

- *Bättre och mer jämlik vård* för befolkningen jämfört med alternativ 1 som lägger betydligt mer resurser på dyrare slutenvård. *Vården blir mer jämlik*, eftersom investeringar görs för att hantera topp 20%-patienter med kroniska sjukdomar, där socioekonomiskt utsatta grupper är överrepresenterade och tidiga investeringar ger betydande fördelar
- *Kompetensförsörjning* som är realistisk och mer hanterbar med alternativ 2
- *Ekonomisk hållbarhet*: Trots att även alternativ 2 kommer att bli en ekonomisk utmaning, så är alternativ 2 realiserbart, medans alternativ 1 skapar både mindre god hälsa och vård och samtidigt en ohållbar kostnadsökningstakt för regionen

För att Alternativ 2 ska realiseras, så kräver det att hela den politiska ledningen samlar sig kring att genomföra en ombyggnation av *hela* vården i regionen i enlighet med strategin och utvecklingsprogrammet *Närmare Kronobergaren 2030*, med förändringar i patientflöden och arbetsprocesser via fokusområden (i) *Digifysisk vård*, (ii) *Personcentrerad Vård* (iii) *Hälsofrämjande insatser* och (iv) *Kompetensväxling*. Utöver detta krävs att *produktiviteten* både i sjukhusvården och övriga vården ökas ytterligare för att möta de växande vårdbehoven. Även andra åtgärder så som profilering och bättre samarbete med kommunerna behöver utvärderas närmare för att möta utmaningarna.

Genomförandet är krävande men görbart. Sirona rekommenderar följande nästa steg:

- Planering av om- eller nybyggnation av CLV enligt Alternativ 2 med dimensionering cirka 105.000 m2 BTA
- Genomför Produktivitetshöjande åtgärder för att effektivisera användningen av vårdtyr på sjukhuset och påbörja detta arbetet under Q1-Q2 eller Q3 ; utarbeta initiativ för att förbättra produktiviteten inom hela vården
- Utarbeta detaljer för en återhållsam dimensionering (om cirka 105' BTA) tillsammans hela sjukhusorganisationen under Q2-Q3 i parallell med genomförandet av *Närmare Kronobergaren 2030* och Produktivitetshöjande åtgärder
- Detaljera en *strategisk handlingsplan* under Q2-Q3 för ombyggnation av *hela* vårdstrukturen i regionen, i enlighet med nya vårdstrukturen *Närmare Kronobergaren*, vilket omfattar hälften av alla patientflöden och samtliga arbetsprocesser
- Accelerera genomförandet av *Närmare Kronobergaren* via *Digifysisk Vård*, *Personcentrerad Vård*, *Hälsofrämjande insatser* och *Kompetensväxling* med särskild fokus på topp 20% patienter
- Programkontor: I takt med att handlingsplanen växer fram Q2 –Q3, bör ansvaret för delar av genomförandet läggas över till ett Programkontor som etableras under Q1-Q2
- Analysera huruvida profilering och andra åtgärder kan ge ytterligare fördelar ur ett hälsoekonomiskt perspektiv med fler friska levnadsår per skattekrona för Kronobergs befolkning. Besluta kring detta i maj 2021.



Dagens diskussion

Regionen behöver välja inriktning för den framtida vården: Alternativ 1 är om-/nybyggnation av ett *större* CLV ; Alternativ 2 är en *återhållsam* dimensionering av CLV i kombination med investeringar i övrig vård

För att lyckas nå en återhållsam dimensionering av nya sjukhuset måste både Närmare Kronobergaren *och* ytterligare produktivitetshöjande åtgärder genomföras; detta krävs för att säkra en långsiktig hållbar kostnadsökningstakt

Genomförandet är krävande men görbart; Sirona rekommenderar 7 nästa steg

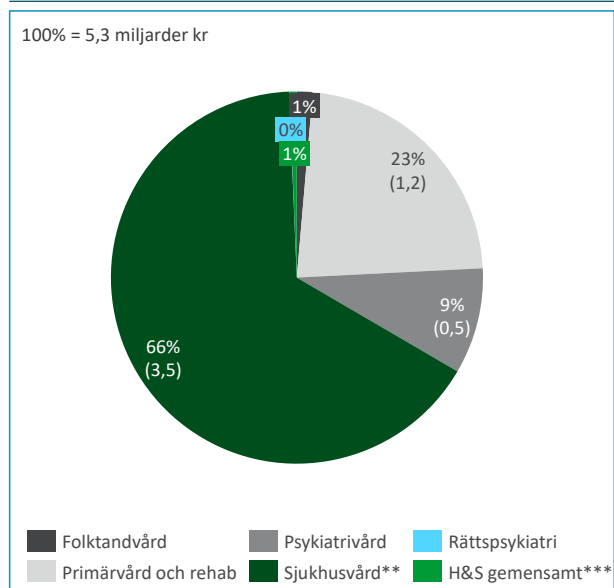


Regionen är på en resa för att skapa framtidens vård



Den nuvarande vårdstrukturen är dominerad av sjukhusvården med tanke på hur regionen använder sin vårbudget

Hälso- och sjukvårdens totala nettokostnader* per vårdform, 2019



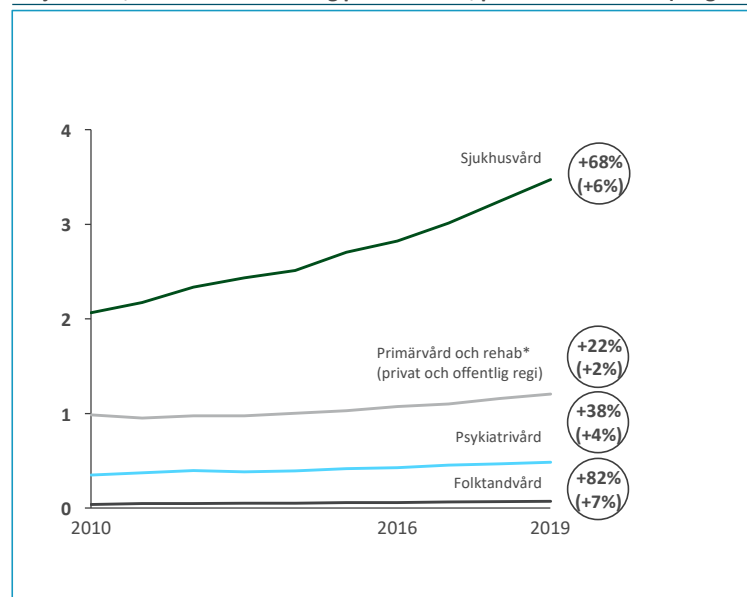
- Regionens samlade kostnader för vården utgörs till störst del av sjukhusvård
- Sjukhusvården inkluderar de mest kostsamma vårdformerna (50/50 fördelning slutenvård/öppenvård enl. kostnad per patient) och hanterar ca 40% av totala vårdkontaktarna
- Primärvården hanterar större andel vårdkontakter (55%) men kostar betydligt mindre
- Psykiatrivård står för 6% av vårdkontaktarna och 9% av kostnaderna
- Givet kommande investeringar i nytt akutsjukhus är det viktigt att sjukhusvården allokeras till de patienter som ffa behöver ett sjukhus resurser

* Inklusive köpt vård från privata vårdcentraler, kostnadspost under Regionstyrelsen ** Sjukhusvård innefattar somatisk slutenvård, specialiserad öppenvård och dagvård
 *** H&S gemensamt = Hälso- och sjukvårdsgemensamt omfattar te x kostnader för sjukshygien, smittskydd, special- och sällskymedel, H&S ledning, AT/ST organisation samt intäkter från strategiska anslag.
 Källa: Region Kronoberg resultaträkning 2009-2019, Sirona analys



Sjukhusvården står även för den största kostnadsökningen det senaste decenniet

Miljarder kr, nettokostnadsökning per vårdform, procent 2010-2019 (årlig tillväxt)

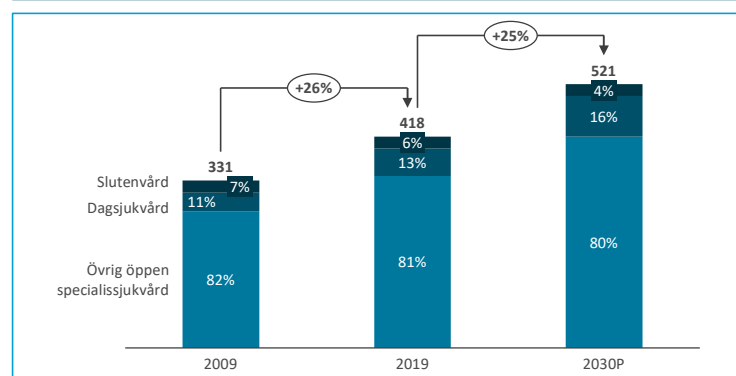


- Befolkningen har ökat med cirka 1% per år under perioden
- Sjukhusvårdens kostnader har ökat med nästan tre gånger så mycket som primärvårdens
 - Slutenvårdens volymer har minskat med 7% under perioden
 - Dagvårdsbesöken har ökat med ca 40% under samma period pga. nya behandlingsformer
- Primärvården är den vårdform som har haft lägst kostnadsökning under perioden, men ökningen är dock högre än konsumtionen av primärvård (som minskat per invånare), i parallell med att antalet invånare har ökat med cirka 1% per år
- På grund av sjukhusvårdens stora ökning i nettokostnader har balansen mellan primärvård och sjukhusvård ändrats



Om regionen fortsätter på nuvarande väg så behöves ett betydligt större akutsjukhus 2030

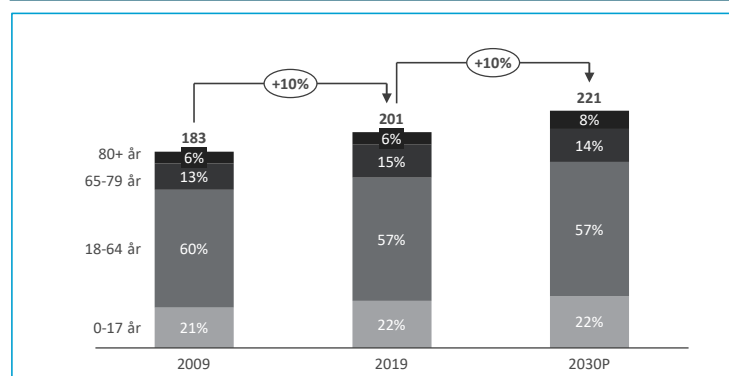
Totalt antal tusen vårdkontakter inom specialiserad somatisk vård 2009, 2019 och 2030P



Kommentar

- Antalet vårdkontakter förväntas öka med 25 procent mellan 2019 och 2030
- Slutenvårdens andel av sjukhusvården förväntas minska med 2 procentenheter fram till 2030. I absolut volym är motsvarande nedgång 3 procent (787 st vårdtillfällen)
- Besök inom dagsjukvård förväntas öka med 49 procent och övrig öppen specialistsjukvård med drygt 23 procent

Befolkningsmängd, tusental, andel per ålderskategori 2009, 2019 och 2030 SCB prognos



Kommentar

- Regionens befolkning förväntas öka med omkring 10 procent de kommande 10 åren vilket motsvarar i genomsnitt 1 procent ökning per år
- Andelen av befolkningen som är 80+ år förväntas öka med 44 procent



Regionen behöver välja mellan två alternativa spår framåt

Alternativ 2:

Ett mindre CLV,
mer övrig vård

Nya (om- eller nybyggnation) CLV omfattar:

- 107 000 m² bruttoarea (BTA)*
- 67 000 m² vårdyta (NTA)
 - 200 vårdplatser**
 - 10 operationssalar
 - 127 mottagningsrum**
- 40 000 m² övriga ytor (exv. kulvert, ventilation, mediaförsörjning osv)

- *Närmare Kronobergaren* genomförs till 100%; detta medför reduktion/omfördelning av akutsjukvård
- Investeringar i digitalisering mm för att skapa en modern, nära vård
- Investeringar för att öka produktiviteten i all vård, inklusive sjukhusvården (ytproduktivitet, samlad produktivitet)



Gemensamt för båda alternativen:

- *Byggbkostnad* 35.000 kr/m² (2018 års prisbild, som förstudie)
- *Övrig kostnad* 1,2 mdr kr (för mark, MT, IT, konst, annat)
- *Ingen profilering* av vården, exempelvis fortsätter vården vid Ljungby Lasarett som i nuläget (ständigt arbete med justeringar)
- *Ingen accelererad efterfrågan*: Fler äldre, förväntad konsumtion per åldersgrupp förändras i samma takt som senaste decenniet

Alternativ 1:

Bygg enligt basprognosens
dimensionering

Nya (om- eller nybyggnation) CLV omfattar:

- 131 000 m² bruttoarea (BTA)*
- 82 000 m² vårdyta (NTA)
 - 263 vårdplatser**
 - 14 operationssalar
 - 224 mottagningsrum**
- 49 000 m² övriga ytor (exv. kulvert, ventilation, mediaförsörjning osv)

- *Närmare Kronobergaren* genomförs inte med accelererat takt; framtida vårdbehov utvecklas enligt basprognos
- Ytproduktivitet för mottagningsrum, operationssalar osv. förblir oförändrat relativt nuläget
- Övrig produktivitet samma som i nuläget

* NTA omräknat till BTA utifrån en svällfaktor på 1,6 (detaljer följer). Vårdyta (NTA) utgörs till 80 % av direkt patientrelaterad yta; i övriga 20 % ingår exempelvis sjukhustransport, kliniskt träningscentrum m.m.
** Vårdplatser avser totalt antal, inklusive tekniska vårdplatser (AVA, IVA). Mottagningsrum avser fysiska mottagningsrum och rum för vård på distans; exklusive specialrum (ca 50 styck tillkommer i både alt 1 och 2)
Källa: Förstudien; Sirona analys



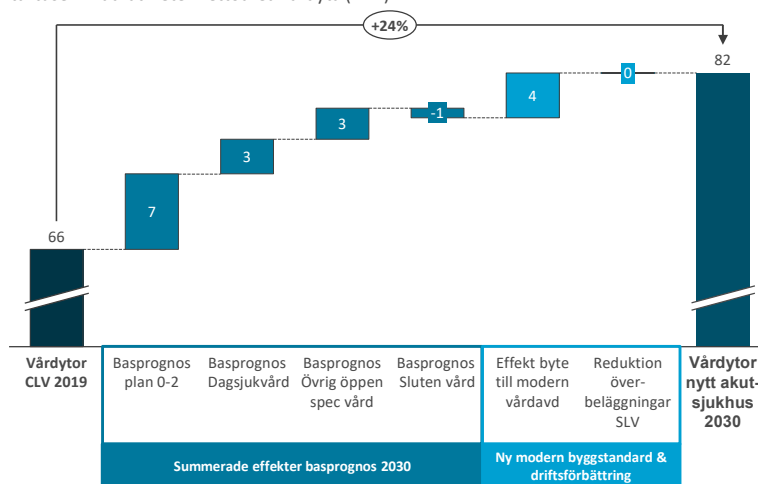
Alternativ 1 är att fortsätta med nuvarande vårdstruktur och utvecklingstakt och då skulle ett större CLV behövas år 2030 med 263 vårdplatser och 24 % större vårdyta

Förutsättningar Basprognos

- Utvecklingstakten i regionen och vården fortsätter *framåt* till 2030 i ungefär samma takt som perioden 2009 – 2019
- Modelleringen av behov av ytor och vårdplatser tar hänsyn till detta, exempelvis:
 - Befolkningen ökar enligt SCB prognos (med cirka 1% per år)
 - Demografi utvecklas enligt SCBs prognos (större andel äldre, särskilt 80+ som ökar med 44 %)
 - Förändring i vården sker i ungefär samma takt som det senaste decenniet gällande vårdkonsumtion per åldersgrupp och vårdform (så som den gedigna nulägesanalysen i *Delrapport 3* visade)
 - Förkortade medelvårdtider (dock fläckare reduktion på vissa vårdområden än under det senaste decenniet) gör att slutenvården minskar; öppen specialistvård och dagsjukvård ökar
 - Sjukdomsburda per medborgare antas *inte* öka i snabbare takt än under det senaste decenniet

Dimensionering Nytt akutsjukhus Växjö 2030

Antal tusen kvadratmeter nettoarea vårdyta (NTA)



Tidshorisonten för dimensionering varierar mellan enheter, exempelvis dimensionerats operationssalar med en tidshorisont till 2050, NTA: Utgörs till 80 % av direkt patientrelaterad yta; i övriga 20 % ingår exempelvis sjukhustransport, kliniskt träningscentrum, personalrestaurang med mera
 Källa: Vårddata Region Kronoberg, SCB, Förstudie Region Kronoberg, Delrapport 3: Framtidens vårdinnehåll vid nytt akutsjukhus Växjö; datum 2020-11-23, Sirona analys



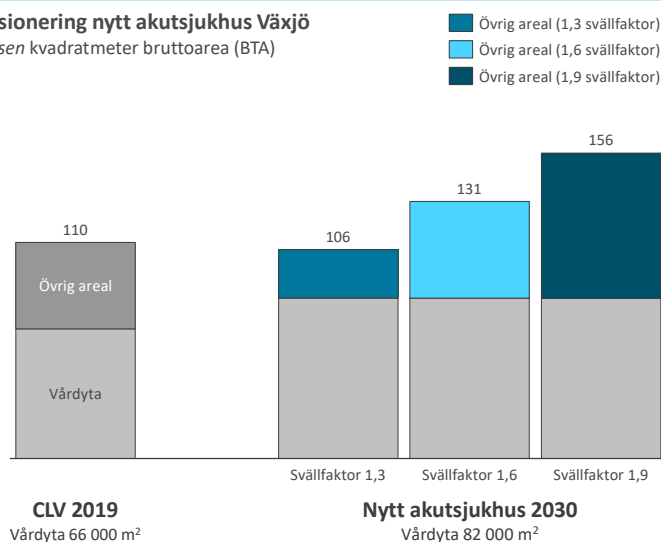
Alternativ 1 (basprognosen) medför att CLV får en vårdyta om 82 000 m² och samlad bruttoarea om 131 000 m²

Vad är svällfaktor?

- Svällfaktor har ej en entydig definition
- Det finns olika sätt och olika variabler att beräkna ifrån vilket får stora implikationer för byggkostnader
- Svällfaktor används för att schablonmässigt kalkylera bruttoarea (BTA) på basis av nettoarea (NTA).
 - NTA: Utgörs till 80 % av direkt patientrelaterad yta; i övriga 20 % ingår exv. sjukhustransport, kliniskt träningscentrum och personalrestaurang
 - BTA inkluderar ytor utöver vårdutrymmen (exv. kulvert, ventilation, mediaförsörjning osv). Ytor utöver vårdutrymmen definieras som Övrig areal
- För att gå ifrån NTA till BTA multipliceras NTA med en svällfaktor. Utifrån en snabb och enkel benchmark presenteras tre svällfaktorer:
 - Svällfaktor 1,3 medför BTA 106 000 m²
 - Svällfaktor 1,6 medför BTA 131 000 m²
 - Svällfaktor 1,9 medför BTA 156 000 m²
- Fördjupande analyser ska genomföras vidare i byggprojektet

Dimensionering nytt akutsjukhus Växjö

Antal tusen kvadratmeter bruttoarea (BTA)



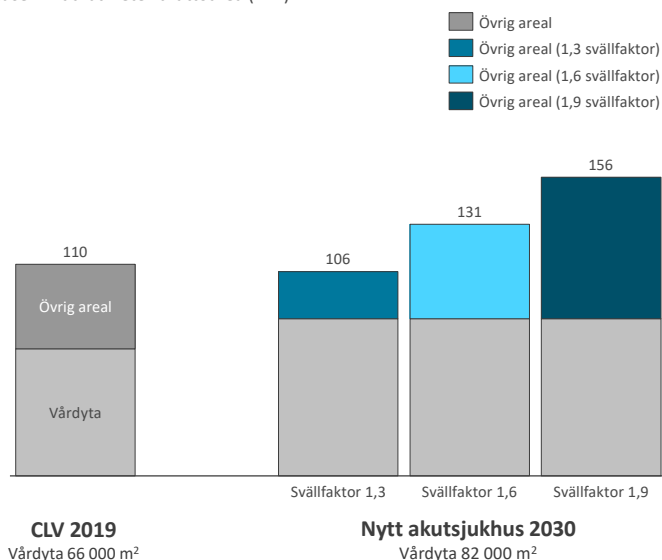
NB! Vidare investeringsberäkningar utgår från svällfaktor 1,6; noggrannare beräkningar görs bottom up av projektkontoret. Total BTA kan bli större eller mindre (men förväntas inom intervall 1,3-1,9)



Alternativ 1 kräver investeringar om 5,8 miljarder kronor, men det kan bli så högt som 6,7 miljarder om teknikytorna mm sväller, och är således långt utöver budgetram

Dimensionering nytt akutsjukhus Växjö – Alternativ 1

Antal tusen kvadratmeter bruttoarea (BTA)



Investeringsbehov nya CLV – Alternativ 1

Beräkning:	Förklaring:
82 000 m ² (NTA)	Vårdyta
x 1,6 svällfaktor	För service- och teknikytorna, exv. kulvert
= 131 000 m ² (BTA)	Bruttoareal/total yta
x 35 000 kr/m ²	Byggbkostnad per m ² enligt 2018 års priser / nominella kr som i förstudien
= 4,6 miljarder	Byggbkostnad enligt 2018 års priser
+ 1,2 miljarder	Övriga investeringar, exv. MT, IT samt konst enligt 2018 års priser / nominella kr som i förstudie*
= 5,8 miljarder	Total investeringskostnad enligt 2018 års priser

Om svällfaktor skulle bli så låg som 1,3 blir total yta 106 000 m² BTA och byggbkostnad 3,7 miljarder (totalt 4,9 miljarder).

Om svällfaktor blir 1,9 så blir total yta 156 000 m² BTA, byggbkostnad blir då 5,5 miljarder och total kostnad 6,7 miljarder

Infrastrukturkostnader kommer i tillägg till ovan summa

Noter:

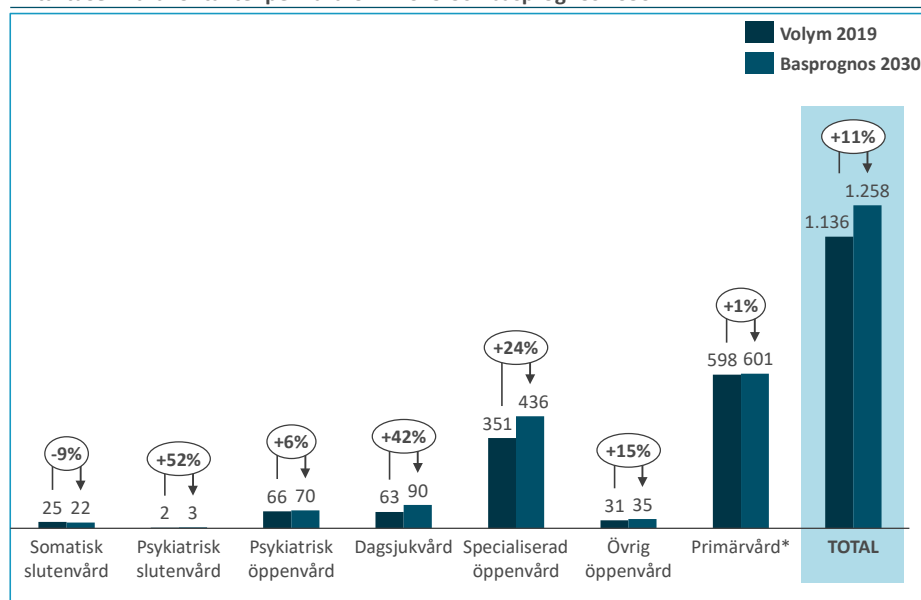
* Övrig kostnader (ej indexerade) från förstudie: MT, IT och konst 683 mkr, renovering/ombyggnation 288 mkr samt markkostnad 210 mkr. NBI Exklusive infrastrukturkostnader.

Källa: Vårddata Region Kronoberg, SCB, Förstudie Region Kronoberg, Sirona analys



I alternativ 1 fortsätter utvecklingstakten framåt ungefär som det senaste decenniet; om detta realiseras kommer alla vårdformer år 2030 kräva en betydande ökning i budget och personal

Antal tusen vårdkontakter per vårdform 2019 och basprognos 2030



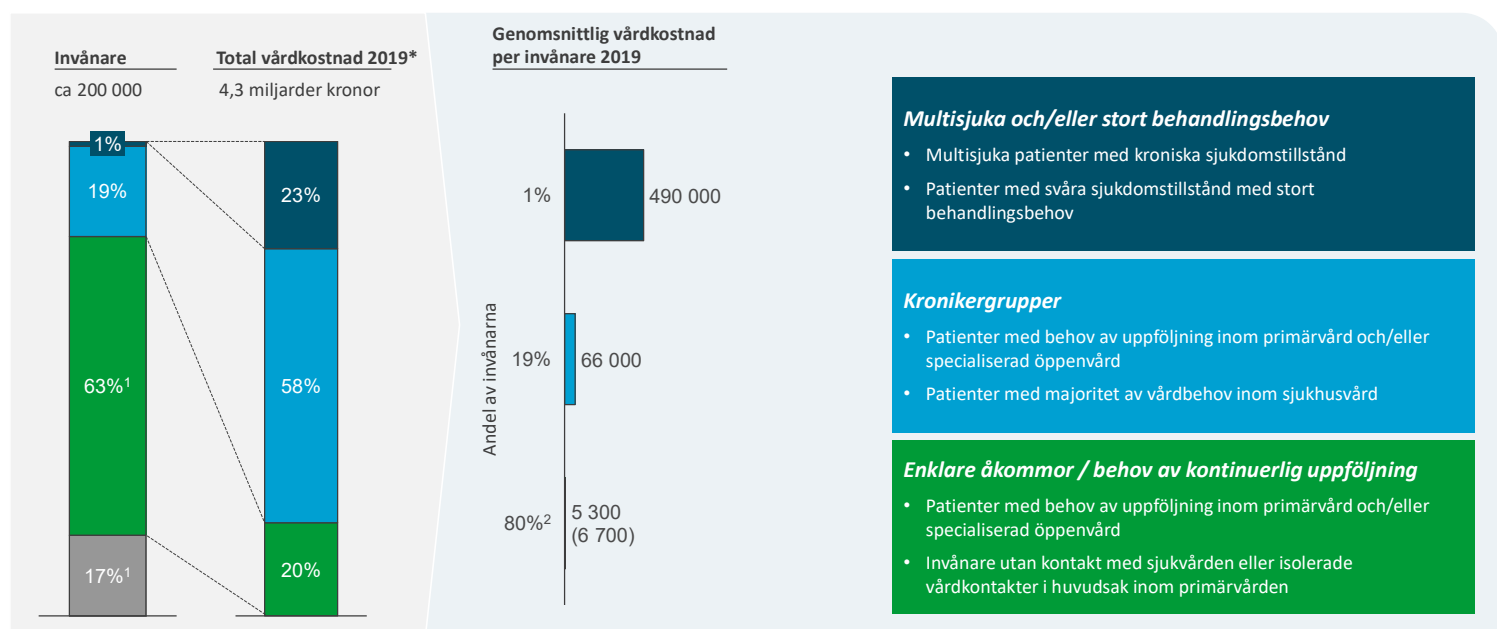
Basprognosen bygger på historisk utveckling och befolkningstillväxt

- **Somatisk slutenvård:** har historiskt minskat (även medelvårdtider) vilket resulterar i minskad totalvolym 2030 om denna utvecklingen fortsätter
- **Psykiatrisk slutenvård:** konstant ökat under perioden 2009-2019 vilket leder till stor ökning framåt
- **Psykiatrisk öppenvård:** historiskt ökat med 8% under 2009-2019 men inte i takt med befolkningstillväxten (10%)
- **Dagsjukvård:** har historiskt ökat som följd av nya behandlingsformer och medicinteknisk utveckling, inklusive ökad dagkirurgi
- **Specialiserad öppenvård:** historiskt ökat genom att exempelvis omhändertaga utökat antal akuta besök från primärvården
- **Övrig öppenvård:** historiskt ökat och fortsätter att öka till 2030
- **Primärvård:** Totala antalet besök inom primärvården har ökat med 3% mellan 2012 och 2019, justerat för befolkningsökningen konsumerar invånarna dock 5,3% mindre vård, trenden förväntas fortsätta med nära oförändrad volym som resultat

*Offentlig och privat **Cirkulationsorganens sjukdomar utgjorde år 2009 ca 20% av totala vårdtillfällen
Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona analys



Vården präglas redan i nuläget av en liten andel av befolkningen som står för 80 procent av kostnaden; för att vända denna utvecklingen måste investeringar göras i annan vård



1. Patienter med en eller flera vårdkontakter under år 2019 utgör 63 procent av totala invånare och individer utan vårdkontakt under år 2019 utgör 17 procent av de totala antalet invånare, tillsammans utgör dessa två grupper 80% av totala antalet invånare.

2. Kostnad per invånare inkluderar såväl patienter och invånare som under 2019 inte har haft någon vårdkontakt, snittkostnad fördelad per patient med en eller flera vårdkontakter under år 2019 visas inom parantes.

* Exklusive tandvård och rättspsykiatri. Kostnad per patient (KPP) data för primärvård och övrig öppenvård är preliminär och kan komma att uppdateras

Källa: Region Kronoberg KPP-data, Sirona analys



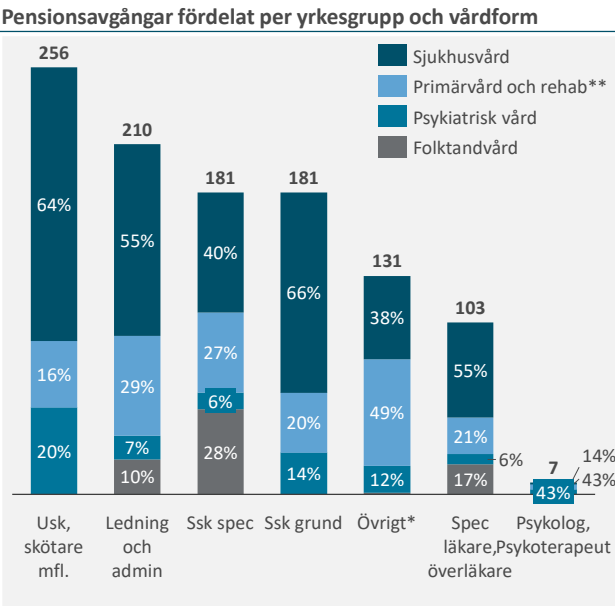
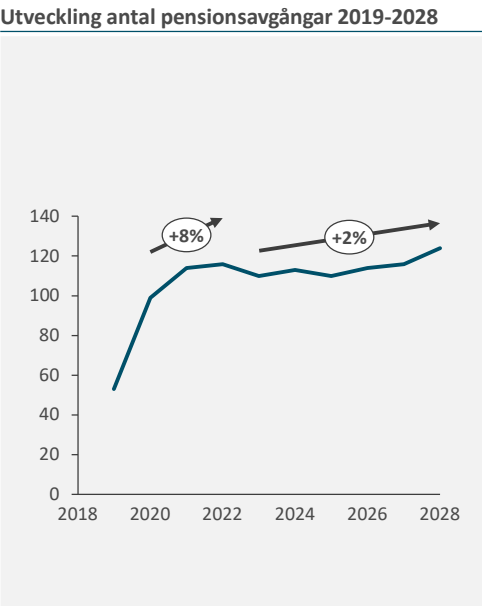
Vården behöver byggas om för att bättre möta de 20% av patienterna med mest omfattande vårdbehov, ett sådant fokus adresserar 80% av kostnadsbasen

Kostnad, diagnoser och vårdkontakter per patientgrupp (KPP)*, år 2019						Psykiatri (tot) Primärvård Specialiserad öppenvård Somatisk slutenvård	
Patientnummer	Totalkostnad för gruppen (miljoner kronor)		Snittkostnad per patient	Genomsnittligt antal huvuddiagnoser per patient	Genomsnittligt antal vårdkontakter per patient		
Patienter med stort vårdbehov (topp 1%)	0 - 2 000	16% 28% 54% 976	487 923 kr	10	37		
Patienter med medel vårdbehov (topp 19% exkl. 1% ovan)	2 001 - 4 000	27% 54% 418	209 016 kr	9	27		
	4 001 - 6 000	30% 51% 298	148 988 kr	8	23		
	6 001 - 10 000	31% 48% 430	107 498 kr	7	19		
	10 001 - 20 000	16% 35% 40% 676	67 640 kr	6	15		
	20 001 - 30 000	28% 43% 22% 404	40 389 kr	6	13		
	30 001 - 40 000	39% 49% 269	26 862 kr	5	10		
	40 001 - 100 000	54% 43% 677	11 284 kr	4	6		
Patienter med litet vårdbehov (övriga 80%)	100 001 - 166 093	74% 25% 169	2 555 kr	2	2		

* Exklusive tandvård och rättspsykiatri
Källa: Region Kronoberg KPP-data, Sirona analys



Kompetensförsörjningen är en ytterligare orsak till att den samlade vården behöver byggas om



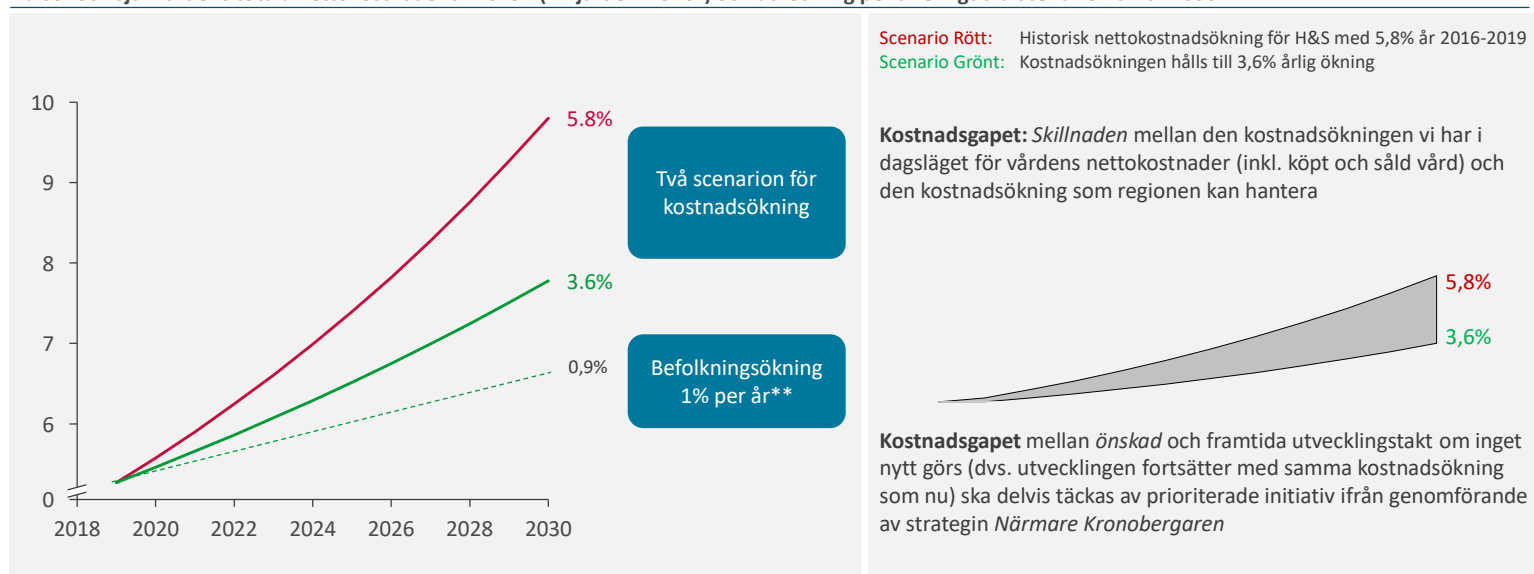
- Fram till år 2028 förväntas cirka 1 100 pensionsavgångar, motsvarande 23% av dagens totalt antal anställda
- Utmanande är särskilt situationen för specialistkategorierna både läkare och sjuksköterskor (ca 25% respektive 20% av dagens anställda förväntas gå i pension)
- Detta innebär att framtida vårdstruktur behöver byggas så att behovet av dessa yrkeskategorier avlastas
- Bristen på specialister är kännbar i hela landet och mindre Regioner samt glesbygd har generellt svårare med rekrytering
- För att klara kompetensförsörjningen behöver således:
 - Kompetensväxling genomföras
 - Behovet av personal minskas via mindre vårdbehov
 - Produktiviteten öka

*Övrigt består av Soc o kur arb, Skol- kult- o fritidsarb, Tekn o IT-tekn, Lokalv, tvätt o vaktm
** Endast offentlig primärvård
Källa: Region Kronoberg persondata, Sirona analys; Att använda kompetens rätt – Rapport SKL



Kostnadsutvecklingstakten har legat på ca 5,8 procent per år sedan regionbildningen 2016, men bör ligga på målnivå 3,6 procent per år för att nå en långsiktig hållbar utveckling

Hälsa- och sjukvårdens totala nettokostnader år 2019* (miljarder kronor) och utveckling per år enligt två scenarion till år 2030



KPI= Konsumentprisindex

* Kostnader inkluderar totala nettokostnader för Hälsa- och sjukvårdsnämnden samt övriga hälso- och sjukvårdskostnader under Regionstyrelsen. Målnivå 3,6% från Region Kronoberg (SKR prognos).

** SCB prognos

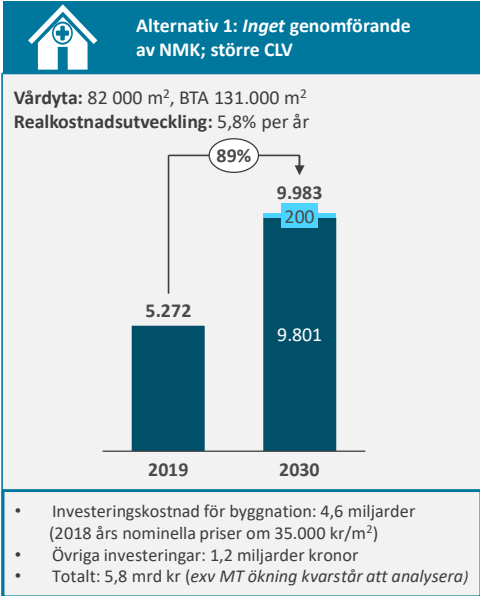
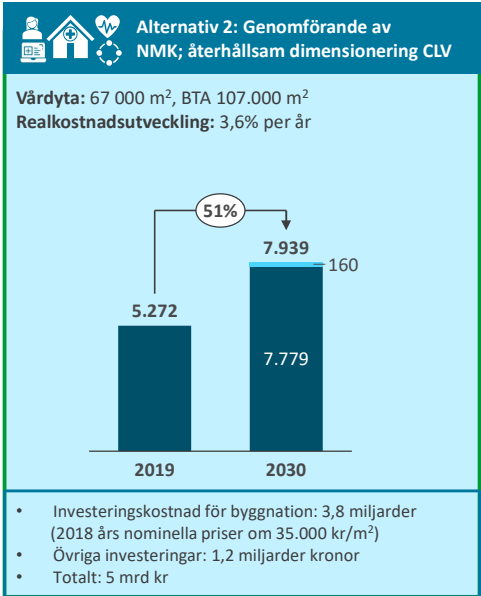
Källa: Region Kronobergs årsredovisning samt resultaträkning 2019, Sirona analys



Ett nytt sjukhus kan byggas inom budgetram och möta invånarnas behov, men bara om hela vårdstrukturen byggs om i enlighet med strategin Närmare Kronobergaren 2030

■ Utfall enligt prognostiserad utveckling
■ Årlig driftskostnadsökning nytt sjukhus*

FÖRENKLAD



Alternativ 1 är inte hållbart:

- Fortsatt ohållbar kostnadsutvecklingstakt
- Ökat behov av sjukhusvård och byggnation av ett större sjukhus
- Investeringskostnad för sjukhuset signifikant över budget plus ökad årlig driftkostnad

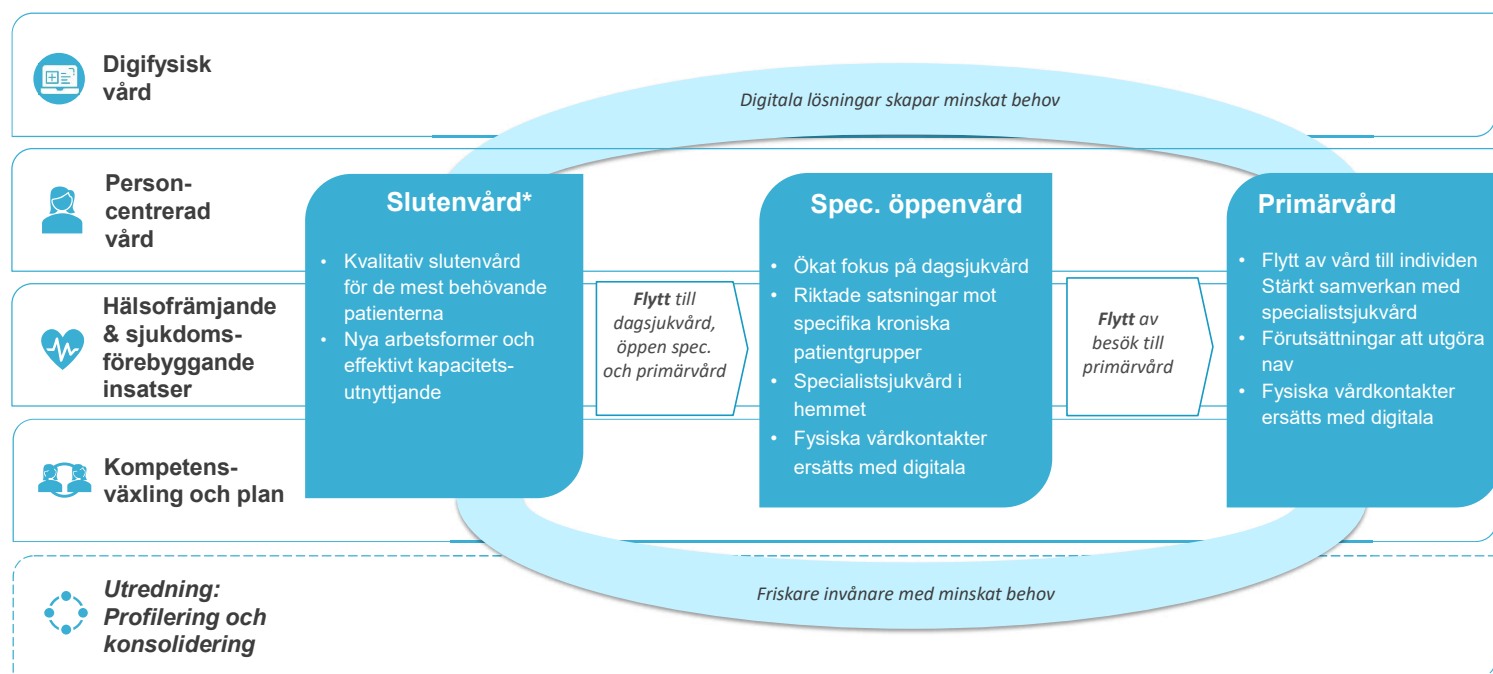
Alternativ 2 rekommenderas:

- Patienter får nära och jämlik vård
- Kompetensförsörjning mer hållbar
- Reducerat behov av sjukhusvård möjliggör byggnation inom ram om 105.000 m² BTA
- Investeringskostnad för sjukhuset blir cirka 0,8 miljarder lägre, vilket också ger lägre driftskostnad varje år
- Närmare Kronobergaren behöver investeringar om cirka 150 miljoner per år i 2-3 år och ger minskad årlig kostnadsreduktion om ca 1,2 mdkr, vilket nästan realiserar en hållbar nivå om 3,6% årlig kostnadsökning

* Driftskostnad för Alternativ 2 enligt förstudie. För Alternativ 1 är årlig driftskostnad uppräknad; ingår planerat och felavhjälpande underhåll (inklusive tillsyn och skötsel), media och övriga kostnader (uteyta, försäkring mm.) samt avskrivningar för byggnad, MT och övrig utrustning, och IT och räntekostnad på uppkomna lån.
Källa: Vård- och fastighetsdata Region Kronoberg, Förstudie Region Kronoberg, Sirona analys



Ny vård Närmare Kronobergaren genom ombyggnation av hela vården, med investeringar i digifysisk, personcentrerad, hälsofrämjande vård och kompetensväxling



* Inklusive psykiatrisk slutenvård och öppenvård
** Infrastruktur: Lokaler



Denna nya vårdstrukturen realiserar tidigare regionala beslut och nationella rekommendationer liksom patienternas krav på framtidens hälso- och sjukvård

Beslut fattade i Region Kronoberg^{1,2}

- Utvecklingsstrategin **Närmare Kronobergaren** fastställd den 8 november 2017 med huvudsakligt syfte att etablera Nära vård
- **Digitaliseringsstrategi** beslutad i hälso- och sjukvårdsnämnden den 1 oktober 2020

Nationella riktlinjer och utredningar

Förslag primärvårdsreform^{3,4}

- Målbild: **god, nära och samordnad vård och omsorg** med ökad patientdelaktighet.
- **Primärvården är navet**: samspelar med specialistvård på och utanför sjukhusen, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst.
- Planering sker utifrån **individens behov**, inklusive **förebyggande** och **rehabiliterande** insatser.

I linje med t ex Utredningar Effektiv Vård och Mer jämlik vård.^{5,6}

E-hälsa rekommendationer och trender:

Avsiktsförklaring mellan staten och SKR om utveckling av välfärdens digitala infrastruktur.⁷

Vision E-hälsa 2025⁹ – Fyra inriktningsmål:

- **Individen som medskapare**
- Rätt kunskap och information
- Trygg och säker informationshantering
- **Utveckling och digital transformation i samverkan**

Inera⁸

- Första kontakt med vården ska kunna leda till egenvårdsråd/digitalt-/fysiskt vårdbesök, beroende på vad som passar bäst.

eHälsomyndigheten¹⁰

- **Kommunikation** - mellan vårdpersonal, sjukvård och patienter.
- **Tillgänglighet** - exempelvis **webbtidbokning** och jämföra vårdgivare.
- **Verksamhet** - tillgång till rätt arbetsverktyg och snabb information.



Framtidens hälso-
och sjukvård



¹ Region Kronoberg - *Digifysisk plan antagen – stort steg framåt för att digitalisera vården*

² Region Kronoberg - *Närmare kronobergaren – hälso- & sjukvårdens utvecklingsstrategi*

³ God och nära vård – *En primärvårdsreform* SOU 2018:39

⁴ Digifysiskt vårdval – *Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* SOU 2019:4

⁵ *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv* SOU 2018:55

⁶ *Effektiv Vård* SOU 2016:2

⁷ *Avsiktsförklaring - utveckling av välfärdens digitala infrastruktur*

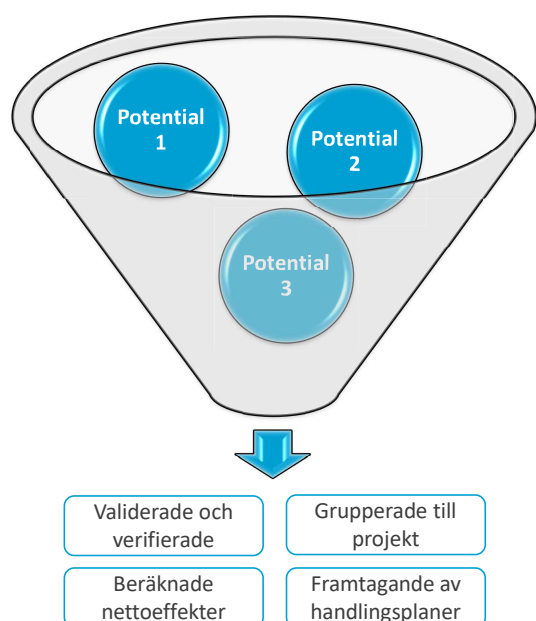
⁸ *Inera - Första linjens digitala vård*

⁹ *Vision e-hälsa 2025*

¹⁰ *eHälsomyndigheten - Om e-hälsa*



Den nya vårdstrukturen har detaljerats under hösten baserat på en gedigen omvärldsspaning, forskning och bästa praxis för att identifiera de initiativ som skulle ge störst effekt i Kronoberg



1. Identifiera potentialer baserat på bästa praxis och forskning

- Identifiera initiativ och potentialer som möjliggör en förbättring ifrån ett patient-, medarbetar- och ekonomiskt perspektiv
- Baseras på forskningslitteratur, fallstudier från andra regioner, internationella benchmark, regionens pågående förändringsarbeten

2. Validera och verifiera tillsammans med verksamheten

- Fördjupad validering genom detaljerad analys av Region Kronobergs vård för att understödja de potentialer som beräknas
- Verifiering med regionens vårdrepresentanter

3. Beräkna nyttan av att genomföra initiativen och nettoeffekter

- Beskrivit de nyttor som realiseras av respektive potential från både ett patient och produktivitets- och ekonomiperspektiv
- För nettokostnadseffekter är hänsyn tagen till initial investering samt omställning till nya arbetssätt, kompetensutveckling
- Alternativkostnad som tillkommer vid förflyttning av vård

4. Gruppera potentialer till projekt

- Gruppering av potentialer till genomförbara projekt
- Koordinering med pågående initiativ och eventuella upphandlingar

5. Etablera handlingsplaner, business case och projektdirektiv

- Potentialerna inom varje område sammanfattas i en Handlingsplan som beskriver dess uppbyggnad och aktiviteter för genomförande
- Etablera projektdirektiv för varje projekt med tydlig koppling till målbild i strategi och potentialernas effekt



Förändringarna består av ökad egenvård, flytt av vårdkontakter och nya arbetssätt

Fokusområden med potentialer till förändring



Digifysisk vård

- Ökad tillgänglighet, trygghet och delaktighet
- Flexibelt arbete för vårdpersonal
- Möjliggör många förändringar i vårdstrukturen



Personcentrerad vård

- Ökad delaktighet och bemötande enligt behov
- Kontinuitet i kontakt med vården
- Kapacitet allokeras till mest behövande



Hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande åtgärder

- Tidig upptäckt och rätt behandling
- Förebygga risk för insjuknande



Kompetensväxling och plan

- Överföring av yrkeskunskap och växling av uppgifter mellan yrkeskategorier

Förändringar i vårdstrukturen baseras på

Mindre behov av vårdkontakter

- I. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård med fokus på patientgrupper där förebyggande åtgärder ger ett mindre behov av vård.
- II. Egenvård reducerar antal vårdkontakter genom att patienten själv kan behandla genom ökad tillgänglighet till vårdkonsultation.

Flytt av vårdkontakt mellan vårdformer

- I. Omhändertagande av patienter flyttas till annan vårdform och vårdnivå för att bättre styra användningen av resurser efter patienters behov.
- II. Samlad specialistkompetens möjliggör ett effektivt och patientfokuserat omhändertagande på ny vårdnivå med stöd av te x digitala lösningar.

Ersättning av fysiska möten

- I. Fysiska besök inom en vårdform ersätts med digitala vårdkontakter och ger en förändrad balans inom vårdstrukturen och respektive vårdform.

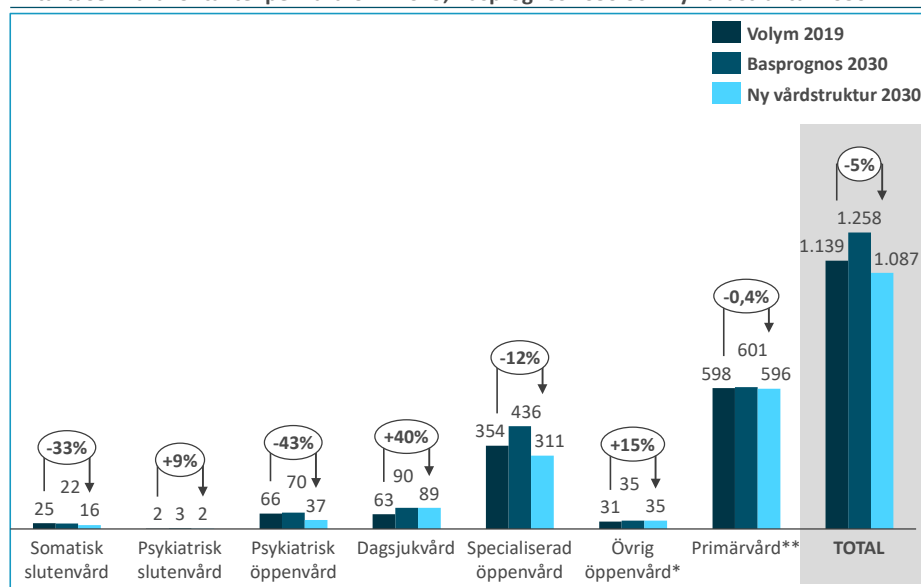
Förändrade arbetssätt

- I. Personcentrerat, tillgängligt och effektivt omhändertagande utifrån patientens unika vårdbehov.
- II. Stöd av digitala lösningar och verktyg för både patient och medarbetare



Den rekommenderade nya vårdstrukturen ger ett minskat samlad vårdbehov 2030 jämfört med utvecklingen i basprognosen utan aktiv styrning

Antal tusen vårdkontakter per vårdform 2019, Basprognos 2030 och Ny vårdstruktur 2030



- **Somatisk slutenvård:** minskar genom flytt till öppna vårdformer, minskade akuta flöden, ökad egenvård och hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete
- **Psykiatrisk slutenvård:** antal *vårdtillfällen* ökar något men mindre än basprognos pga utökad satsning på dagsjukvård, samverkan och patientkontrakt. Aktiv minskning av *medelvårdtid* och därmed disponibla vårdplatser fortsätter
- **Psykiatrisk öppenvård:** minskar genom aktiv styrning av lätta/medelsvåra diagnoser till primärvården, även egenmonitorering och patientkontrakt har stor effekt
- **Dagsjukvård:** ökar till följd av nya behandlingsformer, medicinteknisk utveckling samt ökad dagkirurgi
- **Specialiserad öppenvård:** minskar mha patientkontrakt, ökad egenvård, samt flytt av återbesök till primärvården
- **Primärvård:** Totalvolymen är i princip oförändrad trots stora förändringar – t ex utökat ansvar för att bedriva preventiva insatser samt tillkommande besök från andra vårdformer samtidigt som andra initiativ minskar behov

*Potentialer ej beräknade

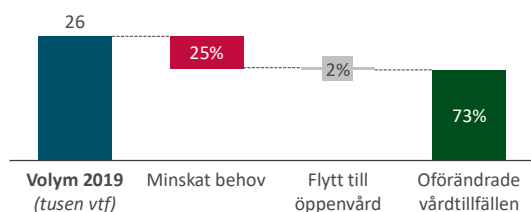
**Offentlig och privat, samt övrig primärvård (hälsocentral, fotvårdsenhet och jourcentraler)

Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona analys

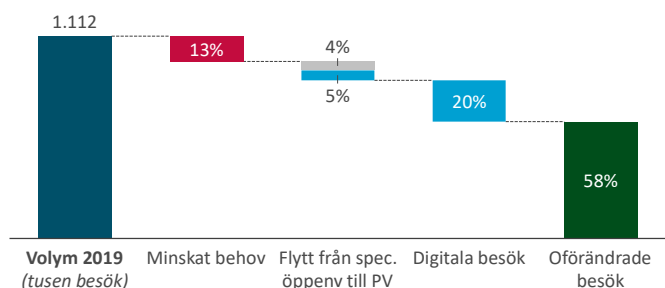


Samlade förändringar i den nya vårdstrukturen berör direkt nära hälften av alla vårdkontakter och ger drygt en miljard i besparing jämfört med om utvecklingen fortsätter som nu

Vårdtillfällen inom slutenvård* och effekt av potentialer baserat på år 2019



Besök inom öppenvård** och effekt av potentialer baserat på år 2019



- **Nya vårdstruktur har direkt påverkan på ca 25% av slutenvårdstillfällena och ca 40% av besöken inom öppenvården**
 - Över hälften av besöken som berörs inom öppenvården innebär ersättning av en fysisk vårdkontakt med digital
 - Inom somatiska slutenvården reduceras en fjärdedel av vårdtillfällena varav åldersgruppen 65+ står för ca hälften. De omhändertas istället genom tidiga och riktade insatser inom specialiserad öppenvård samt primärvård
 - Inom den specialiserade öppenvården minskar besöken med 13%, exempelvis kan en fjärdedel av akutmottagningsbesöken förhindras vilket också ger effekt på slutenvårdsinläggningar via akuten
- **Ca 10% av öppenvårdsbesöken flyttar till en annan vårdform**
 - Flytt sker från spec. öppenvård inkl. psykiatri till primärvården och av dessa hanteras ca hälften digitalt (5% av total)
- **Totalt förväntas en fjärdedel av öppenvårdsbesöken ske digitalt**
- **På sikt väntas användandet av digitala lösningar indirekt/direkt nå ut till en större andel patienter och medborgare**

* Somatisk och psykiatrisk slutenvård

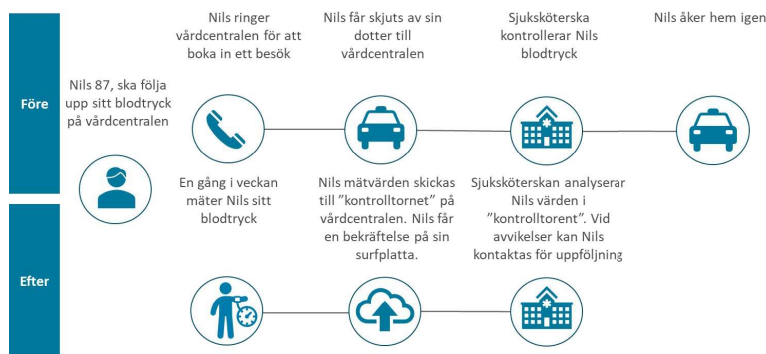
** Specialiserad öppenvård, Dagsjukvård, Övrig öppenvård (Rehabiliteringskliniken och Habilitering) och Primärvård (offentlig och privat)

Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona analys



Exempel på insats: Egenmonitorering för patienter med högt blodtryck bidrar till att patienten får bättre sjukdomskontroll, minskar behov av besök i primärvård och reducerade kostnader

Illustrativ bild av patientflödet för patienter med högt blodtryck i primärvård



Antaganden och referenser

- Antal primärvårdsbesök kopplat till högt blodtryck beräknas kunna minska med 20% enligt data från Region Kronobergs pilotstudie för breddinförande av egenmonitorering och fallstudie från Västra Götalandsregionen ^{1,2}.
- Ca 18 500 besök kopplade till högt blodtryck genomfördes inom primärvård under 2019³. Potentialen beräknas således reducera ca 3 700 besök i primärvården.
- Givet en snittkostnad på ca 1 600kr/besök i primärvården⁴, summeras den totala besparing till ca 6 000 000 kr

¹ Västra Götalandsregionen – Slutrapport – Breddinförande av Mobil närvård ² Region Kronoberg – Pilot egenmonitorering, Rapport 2020-11-02

³, ⁴ Region Kronoberg vårddata, Sirona analys. Avser ny- och återbesök med diagnoskoder kopplat till högt blodtryck, blodtryckskontroller inom den medicinskt ansvarig enheten

* Exempel beräknat på offentlig primärvård, inkl. primärvårdsrehab. Besök i privat drivna vårdcentraler inkluderas ej i detta exempel.

Patient:

- Ökar patientens kontinuitet och trygghet
- Ökar patientens kontroll över sin egen hälsa
- Förbättrad livskvalitet för patienten och dess anhöriga genom b.l.a minskat resande

Medarbetare:

- Avlastar vårdpersonal som istället kan prioritera patienter med behov av fysiska vårdkontakter
- Minskar administrativ tid genom automatisk journalföring av vitalparametrar
- Ökar samordning mellan primärvård, specialiserad öppenvård och kommunalvård

Ekonomi:

- Antalet ny- och återbesök beräknas kunna minska med 20% vilket motsvarar ca 3700 besök
- En reduktion av ca 3 700 besök kan uttryckas i en kostnadsbesparing på ca 6 000 000 SEK

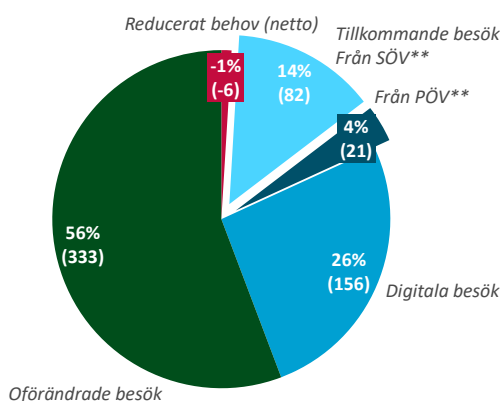


För **primärvården** innebär förändringarna tillkommande vårdkontakter från både spec. öppenvård och slutenvård samtidigt som behovet av vårdkontakter går ner

Besök inom primärvård och effekt av potentialer baserat på 2019 års volymer

100% = ca 600 000 besök (år 2019)

Andel besök i procent (antal tusen besök)



* Inkl. jourcentral, hälsoenhet och fotvårdsenhet

** Hälften av besöken sker digitalt

Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona analys

Behovet av vårdkontakter minskar med ca 20% till följd av förändrade arbetssätt och patientbeteenden, samt införande av digitala verktyg

- Ökat nyttjande av tekniska lösningar och digitala tjänster t ex egenvård och triagering
- Personcentrerade arbetssätt som involverar patienter och anhöriga samt ökar patientens självständighet, t ex egenmonitorering
- Ökad tillgänglighet och kontinuitet genom etablering av fast vårdkontakt
- Ett strukturerat och långsiktigt sjukdomsförebyggande arbete genom t ex riktad screening för riskgrupper, patientutbildning och egenvårdsfrämjande insatser

Det tillkommer vårdkontakter från andra vårdformer givet preventivt arbete med äldre och kroniker samt hantering av akuta flöden

- Styra patientflöden till rätt vårdnivå med hjälp av digitala verktyg för automatisk anamnes och triagering
- Effektiv och ökad samverkan mellan primärvård, specialistvård och kommuner
- Kompetensdelning mellan primärvården och specialistvården

Totalt ersätts drygt 25% av vårdkontakter med digitala exkl. tillkommande från andra vårdformer** vilket förutsätter ändrade arbetssätt

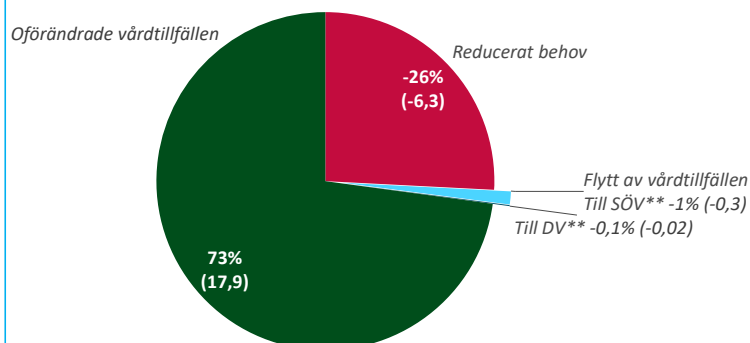


Aktivt arbete för att uppnå friskare patienter samt mer egenvård möjliggör flytt till öppna vårdformer och minskar antal **slutenvårdstillfällen**

Vårdtillfällen i slutenvård och effekt av potentialer baserat på 2019 års volym

100% = ca 25 000 vårdtillfällen (år 2019)

Andel vårdtillfällen i procent (antal tusen vårdtillfällen)



SÖV=Specialiserad öppenvård, PÖV=Psykiatrisk öppenvård, SLV= Somatisk slutenvård

* Inkl. jourcentral och hälsoenhet och fotvårdsenhet

** Hälften av besöken sker digitalt

Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona analys

Att minska behovet av vårdkontakter med ca 26% förutsätter preventivt arbete med äldre och kroniker samt hantering av akuta flöden

- Möjlighet för patienter att motta kontinuerlig uppföljning och genomföra egenvård som förebygger försämring av sjukdom, t ex genom egenmonitorering för kronikergrupper
- Sjukdomsförebyggande insatser och långsiktigt arbete med levnadsvanor som förbättrar patienters hälsostatus
- Införande av patientkontrakt som ger samordnad vård med fast vårdkontakt och helhetsansvar för patienten samt individuell vårdplan som delas med patient och samverkanspartner
- Patientflöden styrs till rätt vårdnivå i rätt tid mha digitala verktyg för automatisk anamnes och triagering

Ca 1% av vårdkontakterna flyttas till spec. öppenvård och dagsjukvård och ger där vård utifrån patientens behov

- Ökat arbete med mobil närsjukvård och samarbete mellan vårdformer
- Riktad vård och förebyggande behandling inom dagsjukvård som ersätter slutenvårdstillfällen

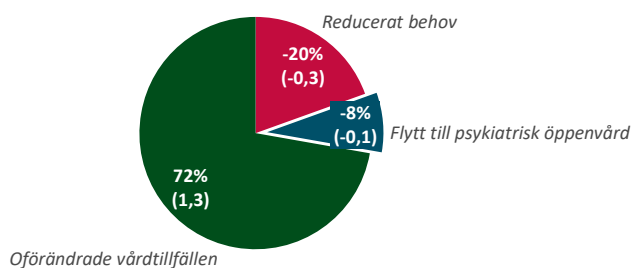


Stärkt samverkan och mer egenvård ger minskat behov av **psykiatrisk specialistvård** samtidigt som flytt av besök till primärvård möjliggör vård utifrån patientens behov

Vårdtillfällen inom psykiatri och effekt av potentialer baserat på 2019 års volym

100% = ca 1 750 vårdtillfällen (år 2019)

Andel vårdtillfällen i procent (antal tusen vårdtillfällen)



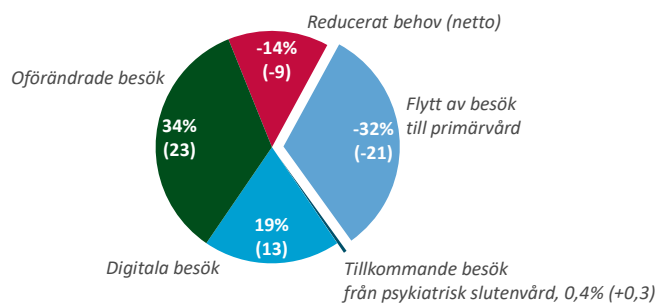
Minskat behov förutsätter förändrade arbetssätt och patientbeteenden

- Ökat nyttjande av tekniska lösningar och digitala tjänster, t ex webbökning och triagering
- Personcentrerade arbetssätt som ökar patientens självständighet, t ex egenmonitorering
- Införande av patientkontrakt med individuell vårdplan (tillgänglig för patient och samverkanspartner) och fast vårdkontakt inom primärvården som ger samordnad vård
- Väl fungerande öppenvård och god samverkan med både slutenvård och kommun minskar slutenvårdsbehovet**

Besök inom psykiatri och effekt av potentialer baserat på 2019 års volym

100% = ca 65 822 besök (år 2019)

Andel besök i procent (antal tusen besök)



Flytt av vårdkontakter till primärvård och ökade digitala vårdkontakter förutsätter införande av digitala verktyg samt utökad samverkan

- Hantering av patienter med lindriga och måttliga symtom inom t ex ångest och depression inom primärvård möjliggör tidiga och snabba insatser samtidigt som specialistpsykiatri kan fokusera på patienter med komplexa vårdbehov (t ex schizofreni)

Totalt ersätts ca 19% vårdkontakter med digitala vilket möjliggör uppföljning på distans som ökar både tillgänglighet och produktivitet för vårdpersonal

* T ex utöka pågående samarbete med socialtjänsten gällande Integrerad missbruks- och beroendemottagning och Äldrepsykiatriska mottagningen
Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona analys

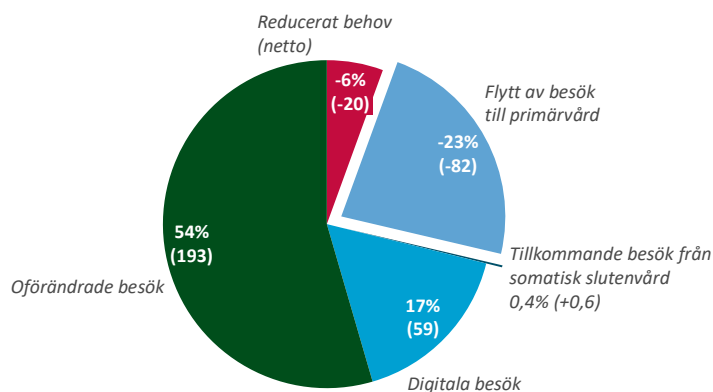


Hälsofrämjande arbete och ökad användning av digitala verktyg möjliggör att besök inom *specialiserad öppenvård* kan minska

Besök inom SÖV* och effekt av potentialer baserat på 2019 års volym

100% = ca 350 000 besök (år 2019)

Andel besök i procent (antal tusen besök)



* Specialiserad öppenvård exkl. dagsjukvård och övrig öppenvård
Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona analys

Minskat behov av vårdkontakter med 6% förutsätter te x hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete samt införande av digitala verktyg

- Patientkontrakt som säkerställer samarbete och kontinuitet mellan patient och vårdgivare
- Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som förebygger vårdbehov från stora patientgrupper
- Automatisk triagering inom akutsjukvård som möjliggör rätt vård på rätt vårdnivå

Flytt från specialiserad öppenvård till primärvård förutsätter te x införande av digitala verktyg och ökad samverkan genom patientkontrakt

- Fysiska återbesök som genom införande av digitala vårdmöten kan flyttas och genomföras i primärvård (total ca 30% av återbesöken varav 10 % av dessa fortsatt kommer att ske fysiskt)
- Optimal och anpassad vård för mest sjuka äldre genom att patienter får vård på äldreomsorg

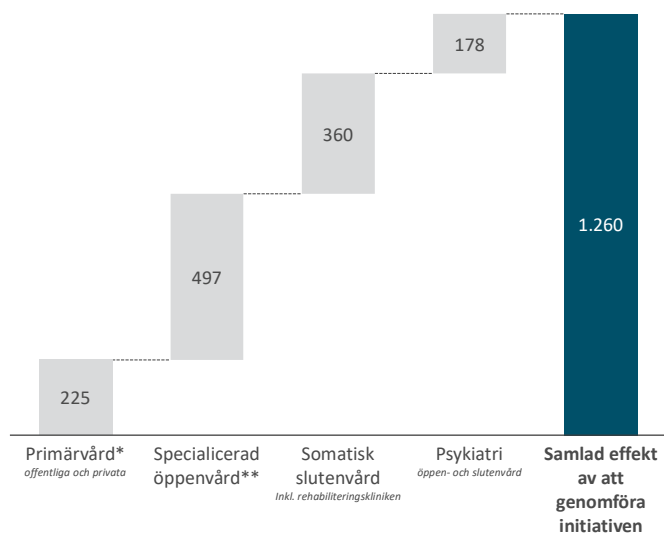
Från somatisk slutenvård till specialiserad öppenvård kan vårdkontakter flyttas med insatser som t ex mobil närsjukvård och riktat arbete med äldre och återkommande patienter

17% av alla vårdkontakter beräknas ske digitalt



Ekonomiskt värde om 1,2 miljarder kronor kan realiseras när dessa initiativ genomförs fullt ut och alla vårdformer kommer att kunna realisera positiva effekter

Uppskattad ekonomisk nytta per vårdområde: Beräknad som kostnadseffekt och applicerat på volymer år 2019 (MSEK)



Nytta beräknas utifrån Kostnad Per Patient (KPP)***

- Inkluderar både fasta och rörliga kostnader för regionens vårdproduktion

Exempel

- Om ett vårdbesök kan undvikas i primärvården genom investering i blodtrycksmätning i hemmet, så värderas nyttan av detta som sparad tid för ett besök och räknas om i till pengar via KPP.
- Skillnaden mellan att utföra ett besök i specialiserad öppenvård och primärvård räknas som netto i KPP mellan dessa besök samtidigt som vissa justeringar i volymer och kostnader har gjorts för att säkerställa förutsättningar för primärvården att hantera besöken
- Investeringar och kostnader för att genomföra initiativen är än så länge angivna på helheten. Värdet för patienten av sparad tid, bättre vårdkvalitet eller livskvalitet är inte inkluderat i dessa beräkningar

Detaljer av effekthemtagning per vårdform kommer analyseras vidare med hänsyn till:

- Samlad genomförandeplan med beroenden och ekonomiskt utfall över tid
- Helhet av kostnadsbilden och samtliga kostnadsslag
- Regionens ekonomiska situation och målnivå för kostnadsutvecklingstakt per år

* Primärvård inkluderar offentliga och privata vårdcentraler, 70% respektive 30% av potentialerna. Inkluderar MAE Vårdcentral samt Primärvårdsrehab, Primärvårdens hälsoenhet och fotvårdsenhet samt Jourläkarcentral Växjö och Ljungby.

** Övrig öppenvård (MAE Rehabiliteringskliniken och Habilitering) har exkluderats i potential analysen.

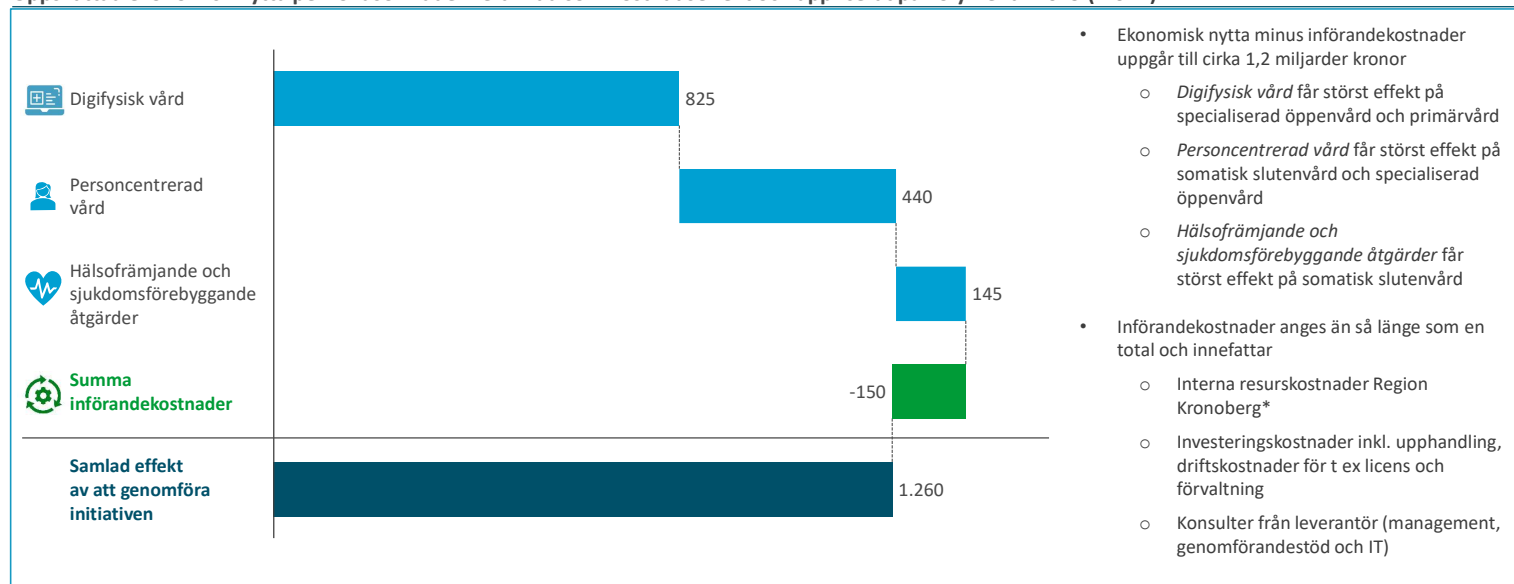
***Potentialer baserat på KPP-data (kostnad per patient). Vårdval hud och Hjälpmedelscentralen exkluderas (enligt KPP principer).

Källa: Region Kronoberg KPP-data, Sirona analys



Samtliga fokusområden ger stora effekter med varierande påverkan på vårdformer

Uppskattad ekonomisk nytta per fokusområde: Beräknad som kostnadseffekt och applicerat på volymer år 2019 (MSEK)



Störst ekonomisk nytta uppnås med genomförande av den nu beslutade handlingsplanen för digifysisk vård



Digifysisk vård skapar förutsättningar för regionens övergripande utvecklingsstrategi

- **Över 50% av identifierade besparingspotentialer realiseras** genom förändringsinitiativ kopplade till digifysisk vård
- **Digitala vårdmöten möjliggör att mer vård kan utföras närmare patienten** vilket ökar tillgängligheten och tryggheten
- **Egenvård med stöd av digitala verktyg** ökar möjligheten för patienten att vara en resurs i sin egen vård
- **Sammanhängande digifysiskt flöde samordnar vårdens kompetenser** och säkerställer kontinuitet i vårdprocesserna
- **Digitala verktyg minskar administration och frigör tid för vårdpersonal** att vårda patienter med större behov av fysiska besök

Digifysisk vård möjliggör omställning till en jämlik, god och nära vård i enlighet med nationella och regionala riktlinjer



Dagens diskussion

Regionen behöver välja inriktning för den framtida vården: Alternativ 1 är om-/nybyggnation av ett *större* CLV ; Alternativ 2 är en *återhållsam* dimensionering av CLV i kombination med investeringar i övrig vård

För att lyckas nå en återhållsam dimensionering av nya sjukhuset måste både Närmare Kronobergaren *och* ytterligare produktivitetshöjande åtgärder genomföras; detta krävs för att säkra en långsiktig hållbar kostnadsökningstakt

Genomförandet är krävande men görbart; Sirona rekommenderar 7 nästa steg



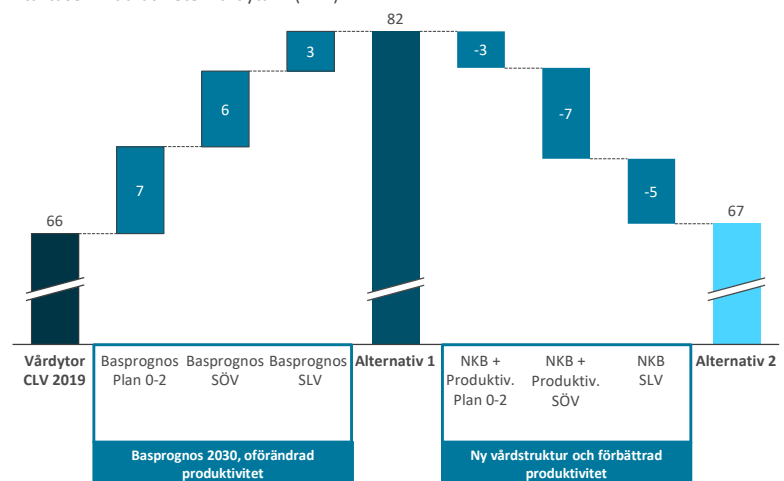
Alternativ 2 kräver att vårdstrukturen byggs om och ytproduktiviteten vid CLV ökar; då möjliggörs en återhållsam dimensionering med 67 000 m² vårdyta och 200 vårdplatser

Alternativ 2: Närmare Kronobergaren genomförs fullt ut och ytproduktiviteten vid CLV förbättras

- 100 % genomförande av strategin Närmare Kronobergaren reducerar inflödet till akutsjukhuset och flyttar vård utifrån sjukhuset (genomförs exempelvis digitalt eller inom primärvården)
- Förbättrad ytproduktiviteten: Nyttjandegrad av mottagningsrum ökas till 54 % ifrån dagens nivå om 43 %
- Klustring av mottagningar vid nya CLV ger 11 % lägre ytbehov för de klustrade mottagningarna
- Med svällfaktor 1,6 blir BTA 107 000 m², vilket medför att ytan på det nya sjukhuset blir ca 2 000 m² större än målbilden om 105 000 m²

Alternativ 2: Nytt akutsjukhus Växjö 2030*

Antal tusen kvadratmeter vårdyta** (NTA)



Noter: SÖV; Specialiserad öppen vård, SLV; Sluten vård

* Notera att tidshorisonten för dimensionering varierar mellan enheter, exempelvis dimensionerats operationssalar med en tidshorisont till 2050

** Utgörs till 80 % av direkt patientrelaterad yta; i övriga 20 % ingår exempelvis sjukhustransport, kliniskt träningscentrum, personalrestaurang med mera

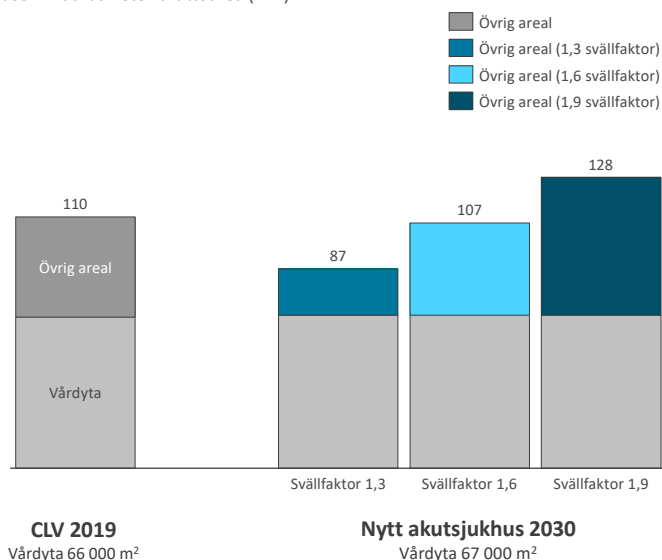
Källa: Vårddata Region Kronoberg, SCB, Förstudie Region Kronoberg, Sirona analys



Alternativ 2 kräver investeringar för nya CLV om 5,0 miljarder kronor, men det kan bli så högt som 5,7 miljarder om teknikytor sväller

Dimensionering nytt akutsjukhus Växjö – Alternativ 2

Antal tusen kvadratmeter bruttoarea (BTA)



Investeringsbehov nya CLV – Alternativ 2

Beräkning:

67 000 m² (NTA)

x 1,6 svällfaktor

= 107 000 m² (BTA)

x 35 000 kr/m²

= 3,8 miljarder

+ 1,2 miljarder

= 5 miljarder

Förklaring:

Vårdyta

För service- och teknikytor, exv. kulvert

Bruttoareal/total yta

Byggbkostnad per m² enligt 2018 års priser / nominella kr som i förstudien

Byggbkostnad enligt 2018 års priser

Övriga investeringar, exv. MT, IT samt konst enligt 2018 års priser / nominella kr som i förstudie*

Total investeringskostnad enligt 2018 års priser

Om svällfaktor skulle bli så låg som 1,3 blir total yta 87 000 m² BTA och byggbkostnad 3 miljarder (totalt 4,2 miljarder).

Om svällfaktor blir 1,9 så blir total yta 127 000 m² BTA, byggbkostnad blir då 4,5 miljarder och total kostnad 5,7 miljarder

Infrastrukturkostnader kommer i tillägg till ovan summa

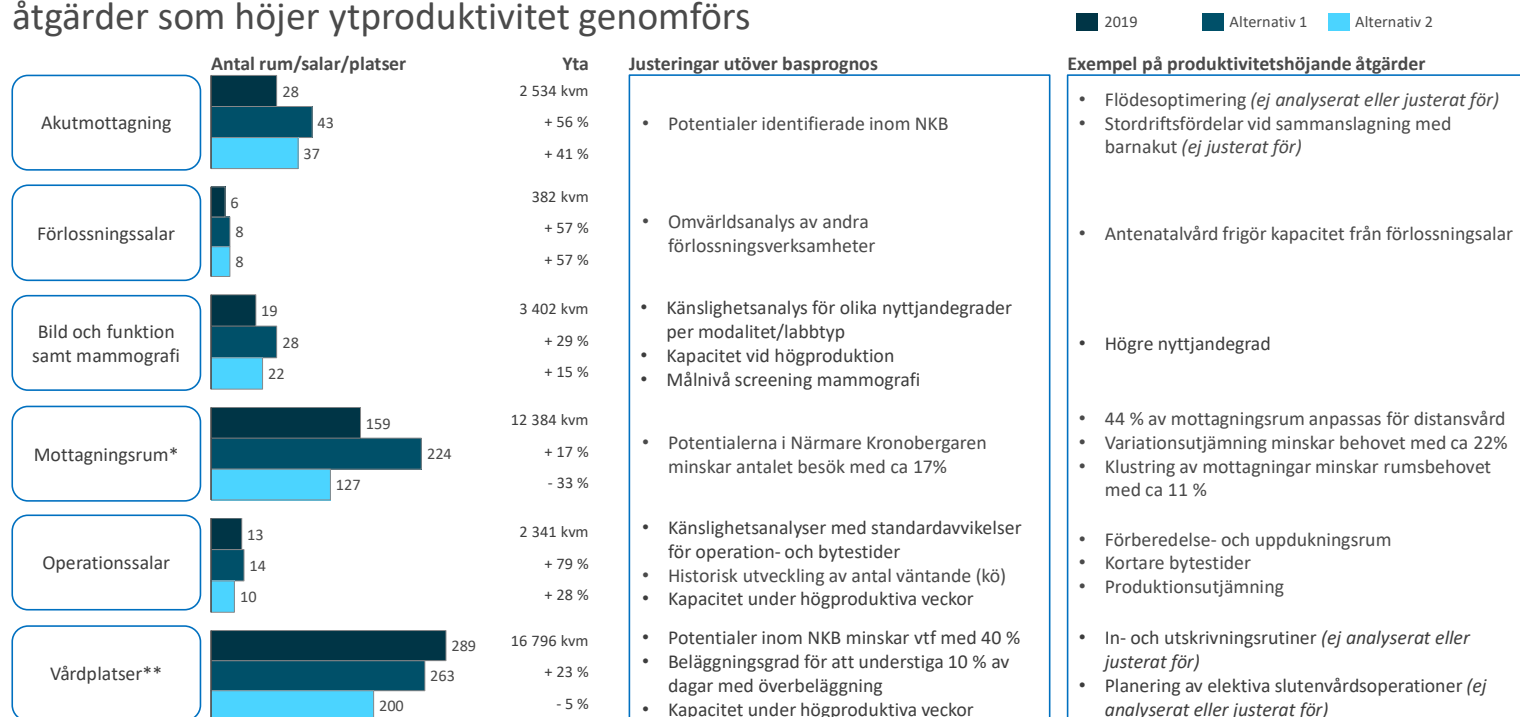
Noter:

* Övrig kostnader (ej indexerade) från förstudie: MT, IT och konst: 683 mkr, renovering/ombyggnation 288 mkr samt markkostnad 210 mkr. NB! Exklusive infrastrukturkostnader.

Källa: Vårddata Region Kronoberg, SCB, Förstudie Region Kronoberg, Sirona analys



Alternativ 2 ger effekter på vårddyta och -platser när strategin Närmare Kronobergaren och åtgärder som höjer ytproduktivitet genomförs



Noter:

* Avser samtliga generella mottagningsrum och digitala mottagningsrum men exklusive specialrum; ytteffekten inkluderar specialrum

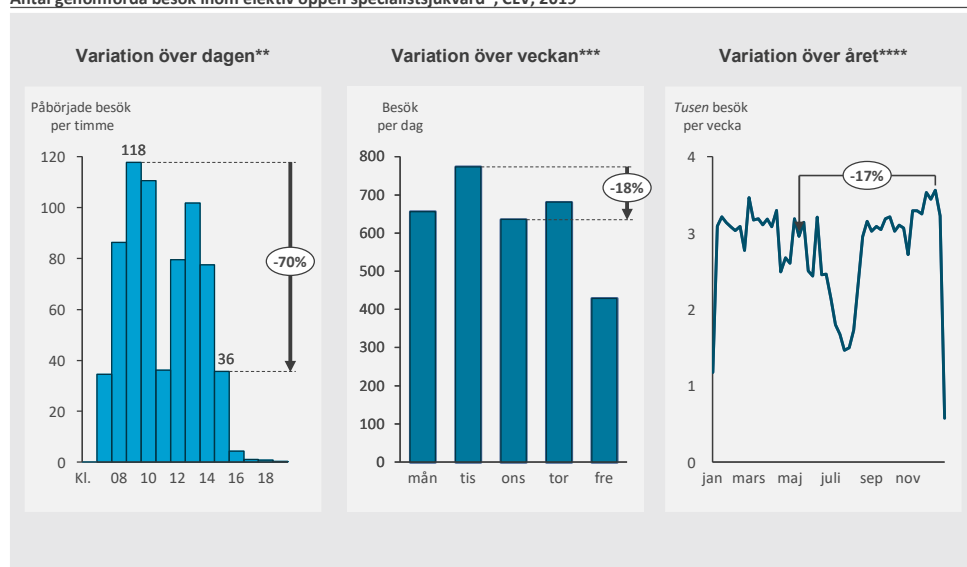
** Totalt antal vårdplatser inkl IVA, IVA, infektion och neonatalvårdavdelning (ej neonatal hemsjukvård) samt 20 BB-platser och 5 antenatalplatser

Källa: Vårddata Region Kronoberg, SCB, Sirona analys



Genom att jämna ut produktionen (minska variation i användning) under dag och vecka kan nyttjandegraden av mottagningsrum höjas från dagens 43 % – vilket reducerar ytbehovet

Antal genomförda besök inom elektiv öppen specialistsjukvård*, CLV, 2019



Kommentar

- 18 procent av årets besök påbörjas innan kl. 09.00 men endast 6 procent påbörjas efter kl. 15.00; möjlighet för reducerad variation genom produktionsplanering
- Variationen är hög även när veckor utan helgdagar och semesterperiod jämförs; i detta urval är produktionen 17 % lägre under den vecka med lägst antal besök jämfört med den vecka med flest besök
- Innan och efter veckor med lediga dagar ökar produktionen generellt (overshot)
- Rumsbehovet vid dagsutjämning skulle minska med 26% idealt och 11 % vid veckoutjämning

* Avser mottagningsbesök och provtagning till mottagningar exklusive abort- respektive neonatalmottagningen (manuellt registrerade besök), sesam-, ungdoms-, pacemaker-, ultraljud- och hudmottagningen (verksamhet ej förlagd till CLV) samt exklusive gruppbesök hos fysioterapi (separata rum). Besök inom dagsjukvård och övriga kontakttypen är exkluderade

** Avser besök under måndag till torsdag under de 34 veckor med högst produktion (dvs. exklusive samtliga besök under veckor med röda dagar, höstlov, sportlov, påsklov samt vecka 25-33).

*** Som ovan, men inklusive besök under fredagar. Under 2019 registrerades totalt 136 besök på helger under dessa 34 veckor.

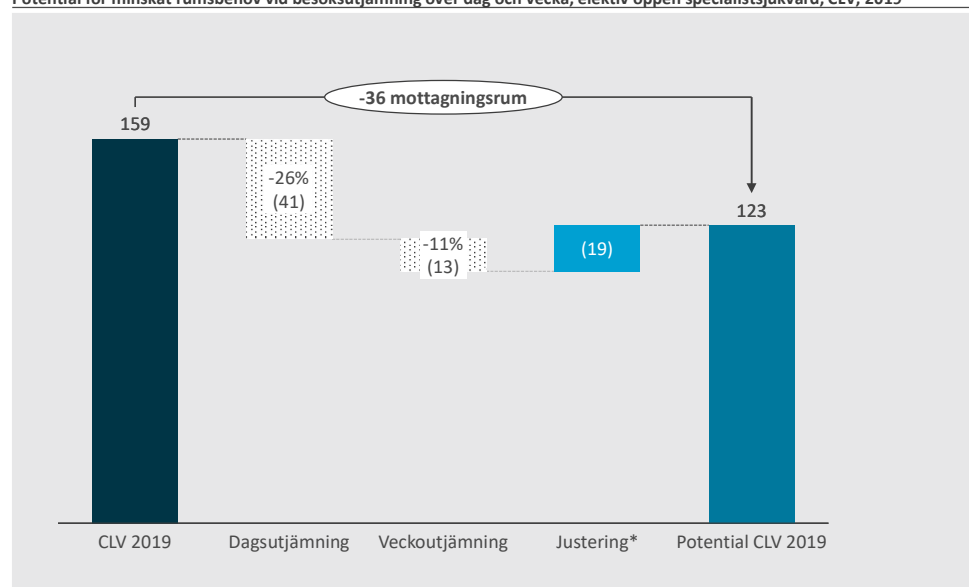
**** Analys över året har ej justerats utifrån röda dagar utan ämnar att ge en verklighetsförenklat översikt över året.

Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona Analys



Produktionsutjämning möjliggör en reduktion i rumsbehov till 123 rum (-36 st); för att realisera potential krävs strukturerat arbete med produktionsplanering

Potential för minskat rumsbehov vid besöksutjämning över dag och vecka, elektiv öppen specialistsjukvård, CLV, 2019



Kommentar

- Effekten av veckoutjämning är beräknat *efter* effekten av dagsutjämning för att undvika dubbelräkning
- Med en utjämnad produktion över dag och vecka skulle 54 färre mottagningsrum behövas (-34 %)
- Produktionen kommer dock aldrig gå att få helt jämn; flera faktorer bidrar till att den beräknade potentialen inte kan realiseras fullt ut, exempelvis:
 - Variation i besökslängd inom och mellan enheter
 - Variation i personaltillgång (semester, sjukdom)
 - Flaskhalsar i specifika flöden (specialrum)
 - Uteblivna besök
- Vi bedömer att ca 65 % av effekten är möjlig att nå, motsvarande en reduktion av rumsbehovet på 36 rum vid CLV 2019

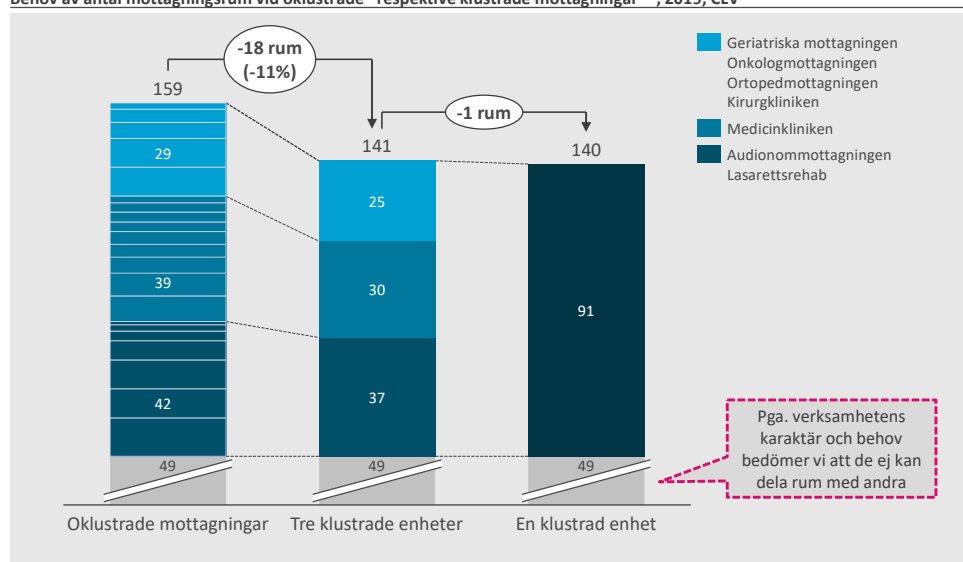
Noter

* Justerat för att den teoretiska potentialen bara kan realiseras till 65 procent, dvs en reduktion av potentialernas effekt med 35 % motsvarande 19 rum
Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona Analys



Klustring av mottagningsrum (exkl. ökad driftstid) ger stordriftsfördelar som medför att antalet rum kan minska med 11 %, motsvarande höjd nyttjandegrad från 43 till 49 %

Behov av antal mottagningsrum vid oklustrade* respektive klustrade mottagningar**, 2019, CLV



Kommentar

- Den stora minskningen i variation sker när ett flertal små mottagningar blir tre enheter.
- Effekten att gå från tre relativt stora enheter till enbart en är dock högst begränsad
- Vid en klustring av 2019-års mottagningar på CLV skulle rumsbehovet minska med 18 rum för de mottagningar som klustras
- Analysen är baserad på 2019; om åldersrelaterade hörselnedsättningar flyttas ut från sjukhuset bör kvarvarande audionomer placeras tillsammans med ÖNH

Noter

* 49 av 159 mottagningsrum inkluderas ej vid klustring av mottagningsrum på grund av karaktär och specifika behov. Oklustrade mottagningsrum inkluderar; Gynekologiska-, Infektion-, Neonatal-, ÖNH-, Ögon-, samt Barn- och ungdomsmottagningen.

** Potentialer har beräknats genom att jämföra relationen mellan varje enskild mottagnings årliga maxvärde per vecka med det årliga maxvärdet på en aggregerad nivå per vecka. Maxbelastningen är relativt högre vid enskilda mottagningar då variationen är högre än på en sammanslagen nivå

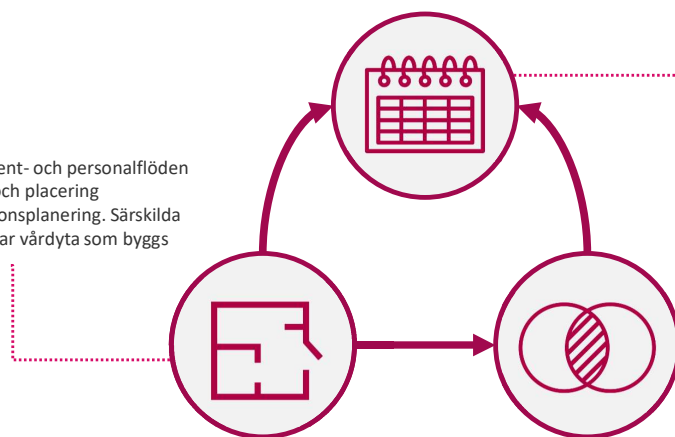
Källa: Region Kronoberg vårddata, Sirona Analys



Ändamålsenliga och klustrade mottagningar skapar förutsättningar för förbättrad produktionsplanering vilket främjar effektivt nyttjande av personal- och lokalresurser

Lokalutformning

Ändamålsenliga lokaler för patient- och personalflöden avseende funktion, fördelning och placering underlättar förbättrad produktionsplanering. Särskilda rum för vård på distans reducerar vårddata som byggs



Produktionsplanering

Förbättrad matchning av lediga lokal- och personalresurser krävs högre nyttjandegrad. Klustrade mottagningar gör att rummen kan användas under hela dagen även om de enskilda mottagningarna inte är öppna 8 timmar per dag.

Klustrade mottagningar

Delade lokalutrymmen mottagningar emellan underlättar produktionsplanering och skapar en större gemensam buffert för att hantera variation.

Förbättrad produktionsplanering leder till högre produktivitet och kostnadseffektivitet men även arbetsmiljö. Att förbättra produktionsplaneringen är inte trivialt, men ändamålsenliga lokaler och större klustrade enheter underlättar detta arbete.



Genomförandet av Närmare Kronobergaren medför ett reducerat behov av vårdplatser i hela regionen, även vid Ljungby Lasarett

Dimensioneringsalternativ

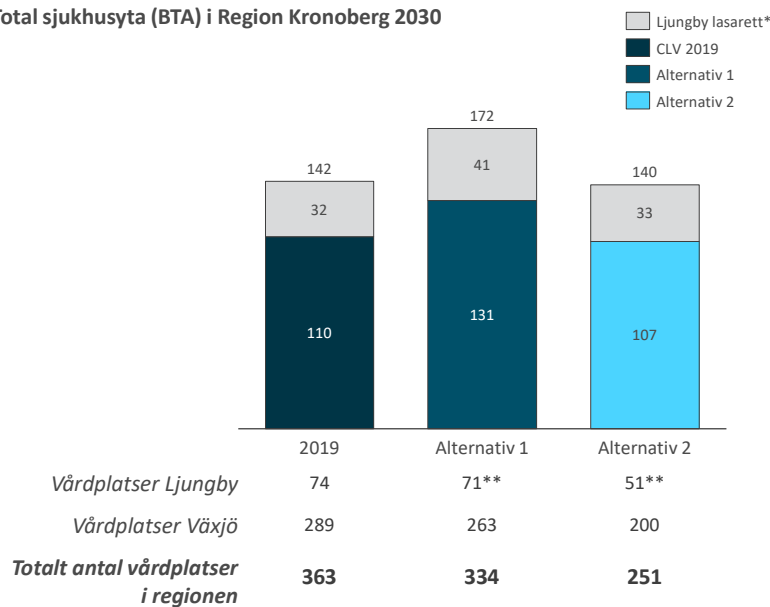
Alternativ 1 (Basprognos)

- Utvecklingstakten fortsätter framåt som 2009 – 2019:
- Oförändrad produktivitet

Alternativ 2: Närmare Kronobergaren genomförs och vården blir mer produktiv

- 100 % genomförande av strategin Närmare Kronobergaren
- Förbättrad produktivitet (exv ökar nyttjandegrad rum till drygt 50%)
- Klustring av mottagningar vid CLV

Total sjukhusyta (BTA) i Region Kronoberg 2030



Noter: Tidshorisonten för dimensionering varierar mellan enheter, exempelvis dimensionerats operationssalar med en tidshorisont till 2050

* Redovisad yta är exklusive förhyrd yta för primärvårds rehab, tandvård och psykiatri samt tillhörande stödfunktioner. Notera att yteffekter för Ljungby är uppskattade utifrån samma procentuella effekt som vid CLV.

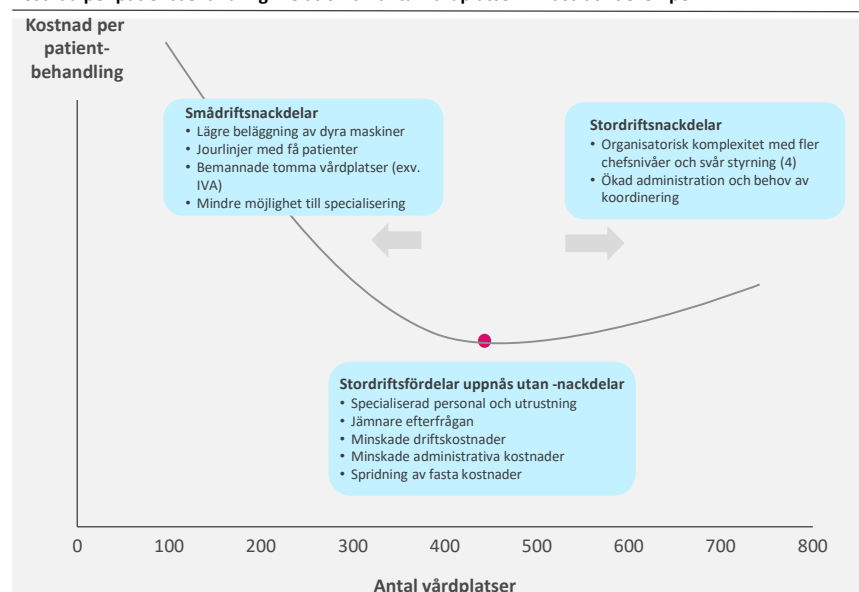
** Förutsätter att Ljungby skulle bli lika produktivt som CLV. Vilket i praktiken är svårt givet små volymer. NB! Framtida vårdbehov i ny vårdstruktur motsvarar 2 vårdavdelningar snarare än 3

Källa: Vårddata Region Kronoberg, SCB, Sirona analys



Forskningen indikerar att den optimala storleken för ett akutsjukhus är på över 200 vårdplatser vilket ger skalfördelar i form av minskade kostnader per behandling

Kostnad per patientbehandling i relation till antal vårdplatser – illustrativt exempel



Kommentarer

- Sjukhus med **under 200 vårdplatser** får högre kostnad per patientbehandling eftersom de är för små för att dra nytta av skaleffekter i både utrustning och personal. Detta kallas smådriftsnackdelar.¹
- Sjukhus i **storleksordningen 600 platser** eller fler upplever ofta stordriftsnackdelar som gör att driften blir mindre effektiv.^{2,3}
- Ett sjukhus med god vård balanserar således bäst vid en **storlek mellan 200 och 600 platser** för att undvika både småskalighetsnackdelar och storskalighetsnackdelar.
- Enligt forskningsstudier så möjliggör detta **kostnadssänkningar i spannet 5-15%** (av sjukhusets budget) vid omstruktureringar från mindre sjukhus till större sjukhus. Som "mindre" räknas sjukhus med under 200 vårdplatser.

1. Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers, Dranove (1998), Cost effects of hospital mergers, Azevedo (2013)

2. Productivity growth, case mix and optimal size of hospitals. A16-year study of the Norwegian hospital sector, Anthun et al. (2017), Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care, Posnett (1999)

3. Hospital consolidation and costs: another look at the evidence, Dranove (2003), Scale and scope efficiencies through hospital consolidations, Preyra och Pink (2006), Do hospital mergers reduce costs?, Schmitt (2017)

4 antal kontaktvägar mellan n odelningar ökar med $n*(n-1)/2$ och behovet av samordning ökar i takt med antalet kontaktvägar



Profilering av sjukhusvården kan ge ytterligare fördelar ur ett patient, organisations- och ekonomiskt perspektiv – en analys av möjligheterna bör genomföras i ett nästa steg

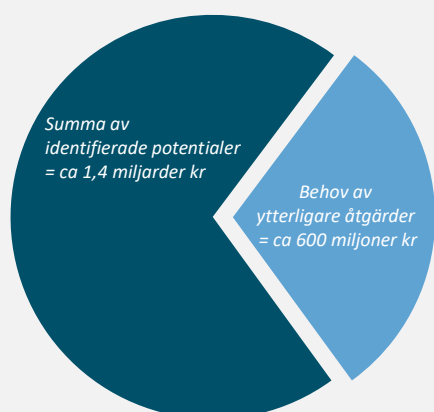
	Fördelar	Nackdelar
 Patient	+ En samling av kompetens och resurser samt ökad volym av patienter skapar bättre förutsättningar för <i>hög kvalitet och därmed korrekt diagnos och bättre utfall för patienten</i> + Verksamheter som är samlade förbättrar <i>kunskapsöverföringen om patienters behandling</i>	- Omorganisering vid profilering kan leda till <i>sämlre kvalitet och patientupplevelse</i> om personalen behöver ägna mer tid till aktiviteter som rör själva genomförandet - För patienter med akuta tillstånd innebär varje <i>ökat avstånd med 10 km en ökning i dödlighet med 1%</i> - För cancerpatienter med <i>längre än 1 timme</i> till närmsta sjukhus ökar <i>sjukhusinläggningar med 4-13%</i>
 Organisation & kompetensförsörjning	+ Större enheter ger ökade möjligheter att klara <i>kompetensutveckling</i> inom olika specialiteter och <i>rekrytera kompetent personal</i> + Profilering av sjukhus kan en <i>positiv effekt på personalnöjdhet</i> men det kräver <i>kontinuerlig stöd och kommunikation från ledningen</i> till de anställda under genomförandet av omorganiseringen	- <i>Motstånd mot profilering</i> från personalen kan eliminera eventuella produktivitetsvinster (åtminstone de första åren innan en gemensam kultur har skapats), exempelvis kan profilering i vissa fall leda till <i>ökad sjukfrånvaro hos personal med 4-8%</i> - För stora sjukhus kan leda till en mer <i>komplex organisation</i> som är svårare för ledningen att styra effektivt samt mer <i>administration</i>
 Ekonomi	+ <i>Produktiviteten kan öka med upp till 16%</i> om elektiva flöden separeras från akuta flöden samt operationsvolymerna ökas + <i>Kostnadseffektiviteten kan öka med 5-15%</i> vid omorganiseringar från mindre till större sjukhus	- Större sjukhus leder inte alltid till sänkta kostnader, <i>genomförandet är avgörande</i> såsom omfattande integrations och implementeringsarbete från personal i ledande befattningar

Källa: Se t.ex. Dranove & Lindrooth (2003); Preyra & Pink (2006); Schmitt (2017); Nicholl et al (2007); Kelly et al (2016); Kjekshus et al (2014); Pieper et al (2013); Hentschken et al (2018); Soki Choi (2011); Karlsson (1998); Svarts (2020)



Exempel på ytterligare områden som bör genomlysas och realiseras för att genomföra omställningen till ny vårdstruktur och uppnå en hållbar kostnadsutvecklingstakt

Kostnadsgap Hälso- och sjukvårdens nettokostnad med kostnadsutvecklingstakt 5,8% jämfört med 3,6%
100% = Total kostnadsgap 2 miljarder kr (år 2030)



För att fullt ut realisera den nya vårdstrukturen behöver helheten med samtliga beroenden och indirekta effekterna av hittills identifierade potentialer analyseras

Profilering och konsolidering av utbudsnoder

- Analys av hur ny vårdstruktur och produktivitetshöjande insatser påverkar behovet av utbudsnoder
- Allokera och placera vård med hänsyn till närhet och tillgänglighet
- Profilering av Växjö och Ljungby avseende slutenvård och öppenvård

Produktivitetshöjande och kostnadssänkande insatser

- Potentialernas effekt uppkommer till stor del av ökad produktivitet men det finns mer att ge
- Analys för samtliga vårdformer kan visa på ytterligare produktivitetshöjande insatser*
- Läke-medelsöversyn relaterat till användning och nya behandlingsformer

Resursbehov och kompetensväxling

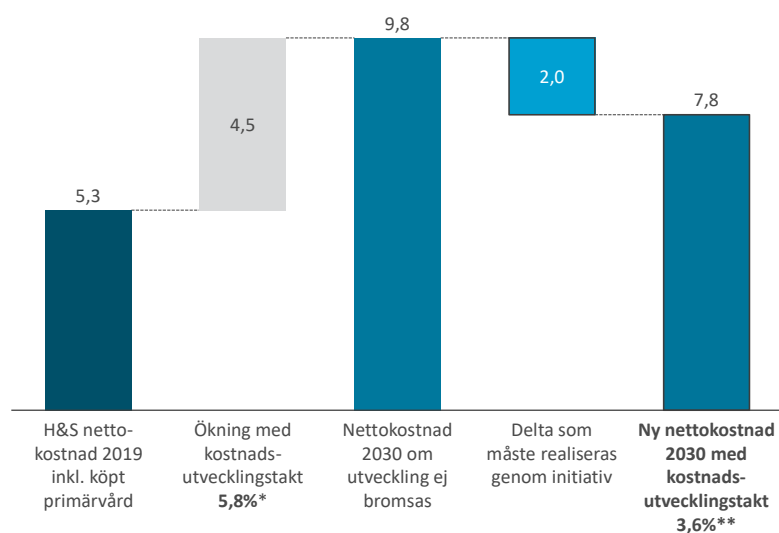
- Analysera påverkan på resursbehov och kompetensväxling i den nya vårdstrukturen
- Lägg en plan som är realiserbar med hänsyn till tillgänglighet och pensionsavgångar

Effektivare samverkan

- Genomförande av projekt kan ha stora beroenden till samarbetsparter, t ex annan vårdnivå, kommunal omsorg, socialtjänst mfl.
- Identifiera samverkansformer, verktyg och arbetssätt som möjliggör effektivare samarbete med andra vårdgivare och kommuner



Om den historiska kostnadsökningen fortsätter så behöver ytterligare åtgärder identifieras och realiseras



- För att säkerställa en kostnadsutvecklingstakt på 3,6% behöver åtgärder för cirka 2 miljarder kr realiserars (år 2030)
- Om *Närmare Kronobergaren* genomförs så realiserars åtgärder för cirka 1,2 miljarder (räknat i 2019 års kostnader), vilket motsvarar 1,4 miljarder kr år 2030 (nominella kronor med KPI 1,1% per år)
- Detta betyder att ytterligare 600 miljoner (2 – 1,4 miljarder) kronor per år behöver identifieras för att säkra en ekonomi i balans, dvs en ekonomi där kostnadsökningstakten inte överstiger 3,6% per år.

Kostnadsutveckling beräknas utifrån regionens resultaträkning och totala kostnader för Hälso- och sjukvården

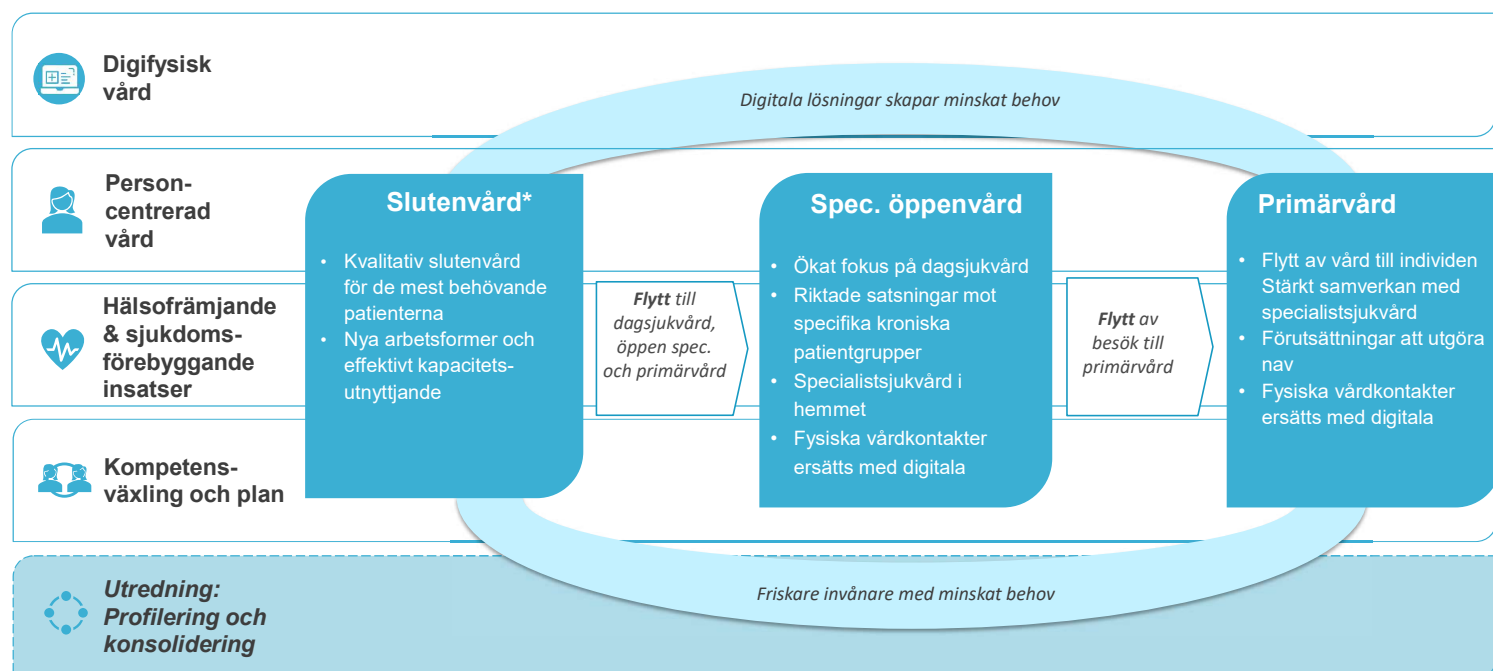
* Historisk årlig utvecklingstakt 5,8% (2016-2019)

** Region Kronobergs målnivå för årlig utvecklingstakt utifrån SKR prognos

Källa: Region Kronoberg resultaträkning 2019, Sirona analys



Profilering och konsolidering av vård kan bidra till att fylla det återstående gapet och kan ge fler friska levnadsår än alternativen



* Inklusive psykiatrisk slutenvård och öppenvård
** Infrastruktur: Lokaler



Dagens diskussion

Regionen behöver välja inriktning för den framtida vården: Alternativ 1 är om-/nybyggnation av ett *större* CLV ; Alternativ 2 är en *återhållsam* dimensionering av CLV i kombination med investeringar i övrig vård

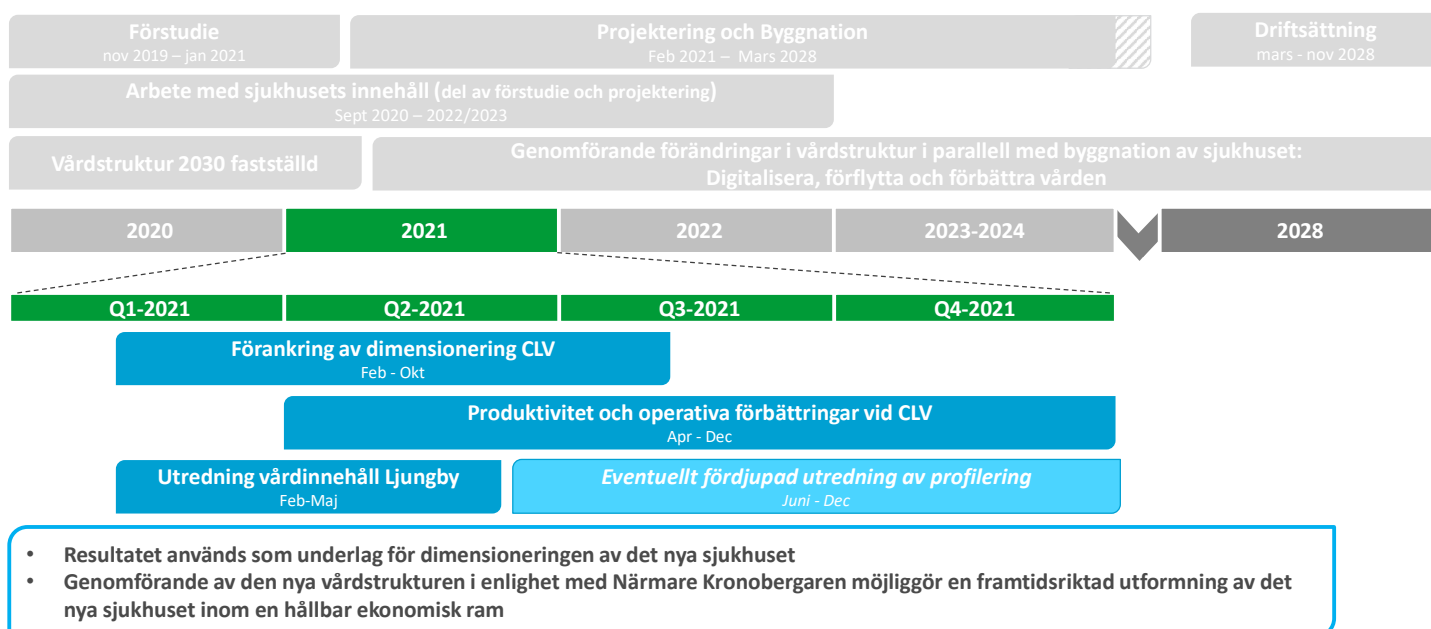
För att lyckas nå en återhållsam dimensionering av nya sjukhuset måste både Närmare Kronobergaren *och* ytterligare produktivitetshöjande åtgärder genomföras; detta krävs för att säkra en långsiktig hållbar kostnadsökningstakt

Genomförandet är krävande men görbart; Sirona rekommenderar 7 nästa steg

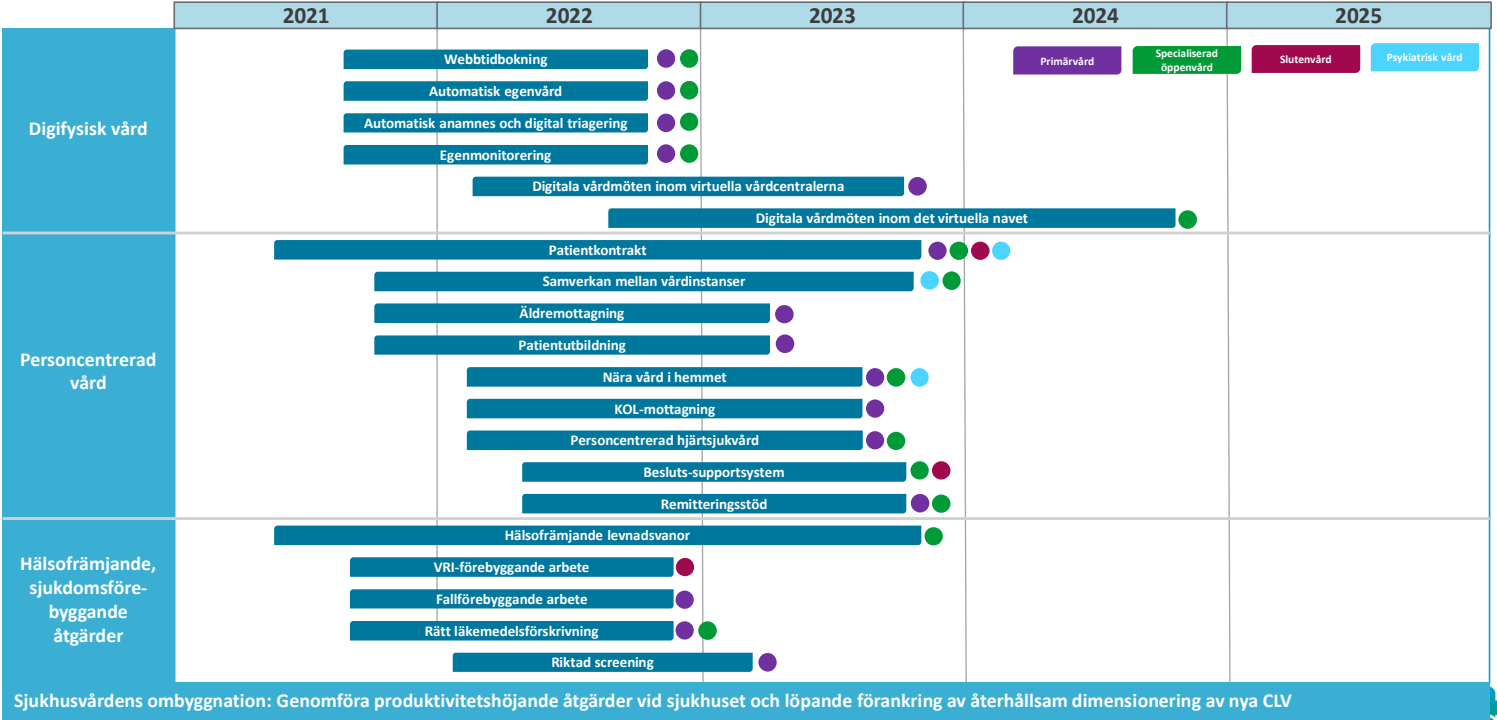


Nästa steg i dimensioneringen av det nya sjukhuset är förankring och genomförande av produktivitetshöjande åtgärder; utvärdering av Ljungby rekommenderas

Arbetsplan under Q2 och Q3

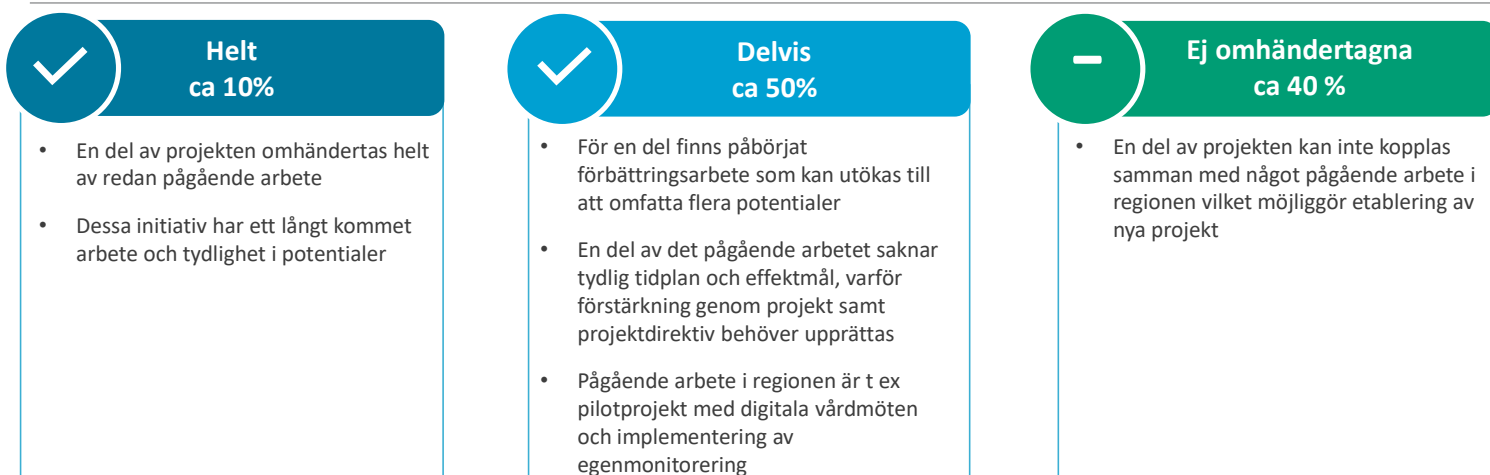


Omställningen av vården i Region Kronoberg kräver en genomförandeplan med hantering av beroenden mellan projekt eftersom alla vårdformer påverkas



Inom regionen pågår redan en del förbättringsarbeten som behöver förstärkas och utökas med tydliga projektmål och resultatkrav i linje med de identifierade potentialerna

Kartläggning för samtliga programområden



- Potentialerna grupperas enligt logisk struktur för genomförande
- För samtliga projekt upprättas projektdirektiv med tydliga mål om uppföljning, effekt och tidplan
- Samtliga potentialer grupperas i genomförbara projekt baserat på t ex patientgrupper eller utifrån en specifik lösning

Digitalsk vård, Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, Personcentrerad vård samt Mobila och flexibla vårdformer finns många pågående initiativ som kan och bör utökas
Källa: intervjuer och dialoger med verksamheterna



Ett tjugotal projekt måste etableras för ombyggnation av *hela* vårdstrukturen för att hämta hem de identifierade potentialerna

Digifysisk vård

Sammanfattas i sex projekt

- Webbtidbokning (ca 23 mnkr)
- Automatisk egenvård (ca 106 mnkr)
- Automatisk anamnes och digital triagering (ca 64 mnkr)
- Egenmonitorering (ca 66 mnkr)
- Digitala vårdmöten inom virtuella vårdcentralerna (ca 150 mnkr)
- Digitala vårdmöten inom det virtuella navet (ca 410 mnkr)

Personcentrerad vård

Sammanfattas i nio projekt

- Personcentrerad hjärtsjukvård (ca 4 mnkr)
- Patientutbildning (ca 7 mnkr)
- Beslutssupportsystem (ca 58 mnkr)
- Samverkan mellan vårdinstanser (ca 19mnkr)
- KOL-mottagning (ca 5mnkr)
- Äldremottagning (ca 70 mnkr)
- Remitteringsstöd (ca 100 tkr)
- Patientkontrakt (ca 250 mnkr)
- Nära vård i hemmet (ca 28 mnkr)

Hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande åtgärder

Sammanfattas i fem projekt

- Rätt läkemedelsförskrivning (ca 35 mnkr)
- Fallförebyggande arbete (ca 20mnkr)
- Hälsufrämjande levnadsvanor (ca 27 mnkr)
- Riktad screening (ca 3 mnkr)
- VRI-förebyggande arbete (ca 58 mnkr)

Kompetensväxling

Sammanfattas i 7 projekt*

Kartläggning pågår

- Kompetensförsörjning
- Kompetensväxling mellan vårdprofessioner,
- Kompetensväxling från vårdprofessioner till administrativ personal,
- Uppgiftsväxling från medarbetare till patienten
- Patient som resurs
- Användandet av digitala verktyg
- Kompetensutveckling

Ytterligare potentialer relaterat till produktivitet och kapacitetsutnyttjande bör genomlysas för varje vårdform

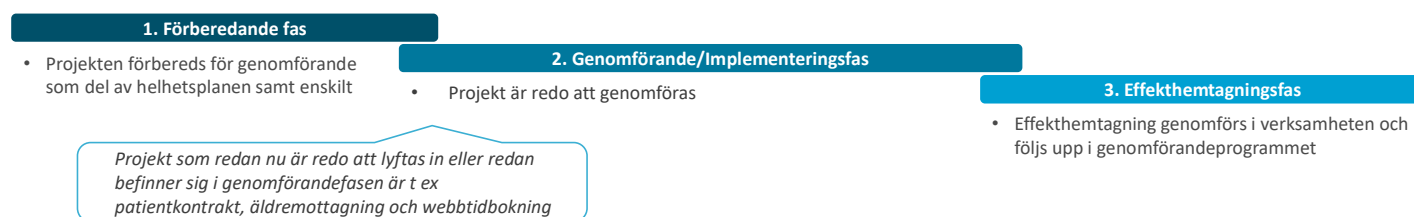
Total nytta per projekt inom parantes exklusive införandekostnader på 150 miljoner kr

* Potentialer inom detta programområde är i nuläget delvis inkluderade under andra programområden



Projekten behöver förberedas inför genomförande och kan succesivt fasas in i genomförandeprogrammet – effekthemtagning sker sedan i verksamheterna

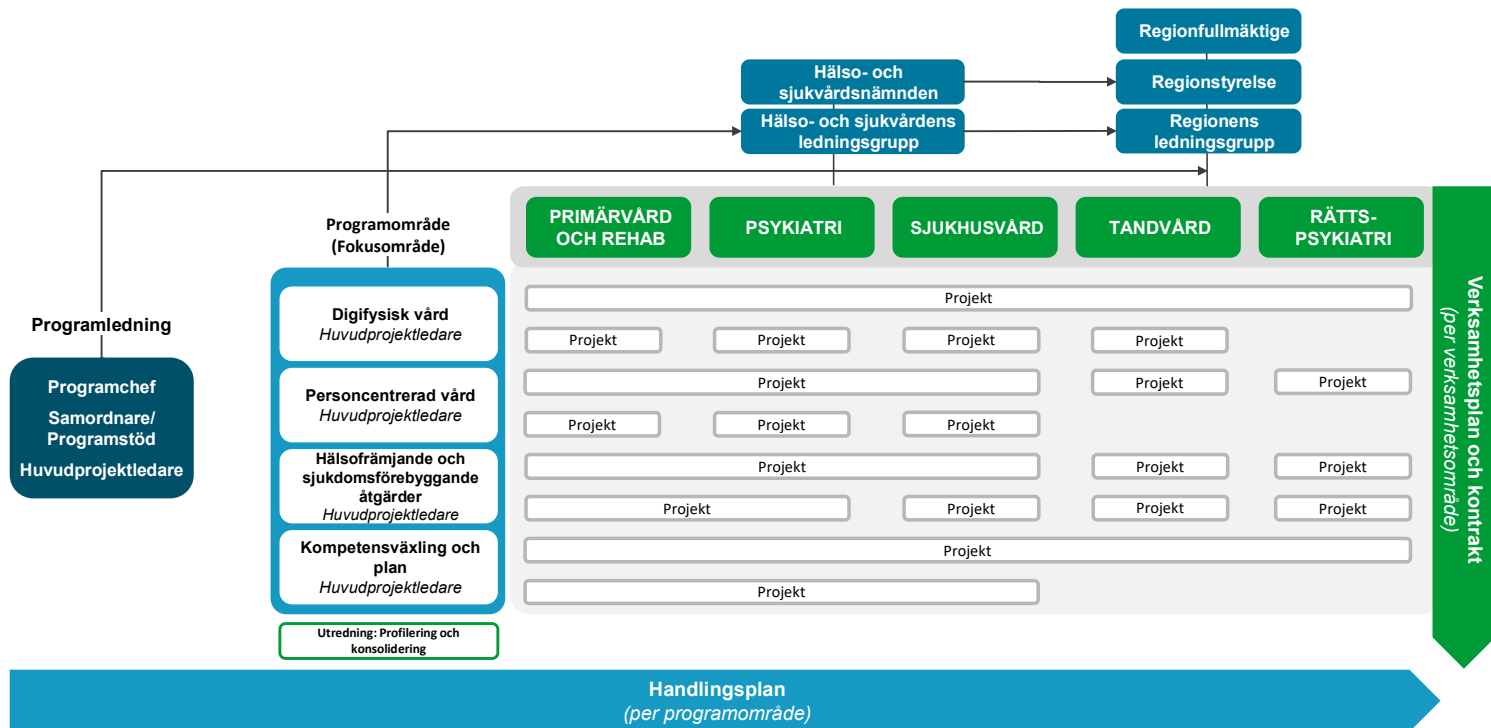
2021				2022			
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4



- Förberedande fas.** Förutsättningar som krävs för genomförande behöver först identifieras och specificeras i ett projektdirektiv:
 - Tydliga effektmål och avgränsningar (exv. patientgrupper) och beroenden (exv. till andra projekt)
 - Plan för resurser och bemanning med roller och ansvar
 - Detaljerad tidplan för genomförande och effekthemtagning
- Genomförande/Implementeringsfas.** När projektet är redo för genomförandefasen sker bemanning och uppföljning enligt styrstruktur i genomförandeprogrammet. Under genomförandet ansvarar verksamheten för att implementera aktuella förändringar och införa nya arbetssätt för att uppnå effektmålen.
- Effekthemtagningsfas.** Uppföljning av effektmål och realisering sker i genomförandeprogrammet och följs upp enligt fastställd tidplan för effekthemtagning.



En Programorganisation med tydlig styrning och struktur är under etablering



För att säkerställa styrning och framdrift i genomförandeprogrammet behöver styr- och uppföljningsstruktur samt kontrakt med tydliga ansvar införas

	Ansvar och mandat	Styrdokument
Program <i>Programchef</i>	- Operativt genomförandestöd till projektgrupper - Ansvarar för övergripande genomförande och styr för att uppnå mål och krav enligt direktiv - Uppföljning och hantering av risker - Samordnar förändringshantering, kommunikation och ekonomi	Programdirektiv - Beskriver programmets och programchefens uppdrag - Specificerar krav på framdrift, kvalitet, beroenden, uppföljning och effekthemtagning
Programområde (PO) <i>Huvudprojektledare</i>	- Uppföljning av samtliga projekt inom PO - Uppföljning inom alla berörda VOn genom PL för respektive projekt - Hantering av beroenden, framdrift och risker - Avrapportering till programledningen	Handlingsplan/projektportfölj - Beskriver de potentialer som identifierats för respektive programområde samt de aktiviteter som ska realisera strategin - Kategoriserar potentialer i genomförbara projekt
Verksamhetsområde (VO) <i>Verksamhetsområdeschef</i>	- Uppföljning av effekthemtagning enl. kontrakt - Skapa övergripande förutsättning för genomförande, bemanning och resurser tillsammans med PL för respektive projekt - Avrapportering till programledningen	VO-kontrakt - Beskriver hur verksamhetsområdet med hjälp av potentialer och förändringsinitiativ bidrar till omställningen av ny vårdstruktur - Chefskontrakt som specificerar VO-chefens ansvar och effektmål för verksamheten
Projekt <i>Projektledare (PL)</i>	- Realisering av projekt enligt projektdirektiv - Avrapportering löpande status, resultat, framdrift och leveranser till huvudprojektledare för tillhörande programområde - Säkra genomförbarhet tillsammans med VO-chefer	Projektdirektiv - Beskriver i detalj projekten som utgörs av grupperade potentialer - Specificerar mätbara effektmål för projekten utifrån patient-, kompetens och resurs- samt ekonomiperspektiv



För digifysisk vård har strategisk inriktning och handlingsplan godkänts av HSN – införandet ger stor positiv påverkan på omställningen till ny vårdstruktur



Handlingsplan för digifysisk vård har godkänts av hälso- och sjukvårdsnämnden

- Handlingsplanen beskriver de aktiviteter som ska realisera strategin och krävs för genomförande
- Potentialerna inom digifysisk vård kan sammanfattas i sex genomförandeprojekt¹
- Genomförandet av dessa projekt möjliggör en förbättring ifrån ett patient-, medarbetar- och ekonomiskt perspektiv



Samtliga projekt ska nu förberedas för upphandling och genomförande

- Framtagande av business case, finansieringsstrategi och genomförandeplan för respektive projekt
- Framtagande av processbeskrivningar och kravspecifikation som underlag för upphandling
- Plan för upphandlingsprocesser och dess innehåll i samråd med verksamhets- och förvaltningspersonal



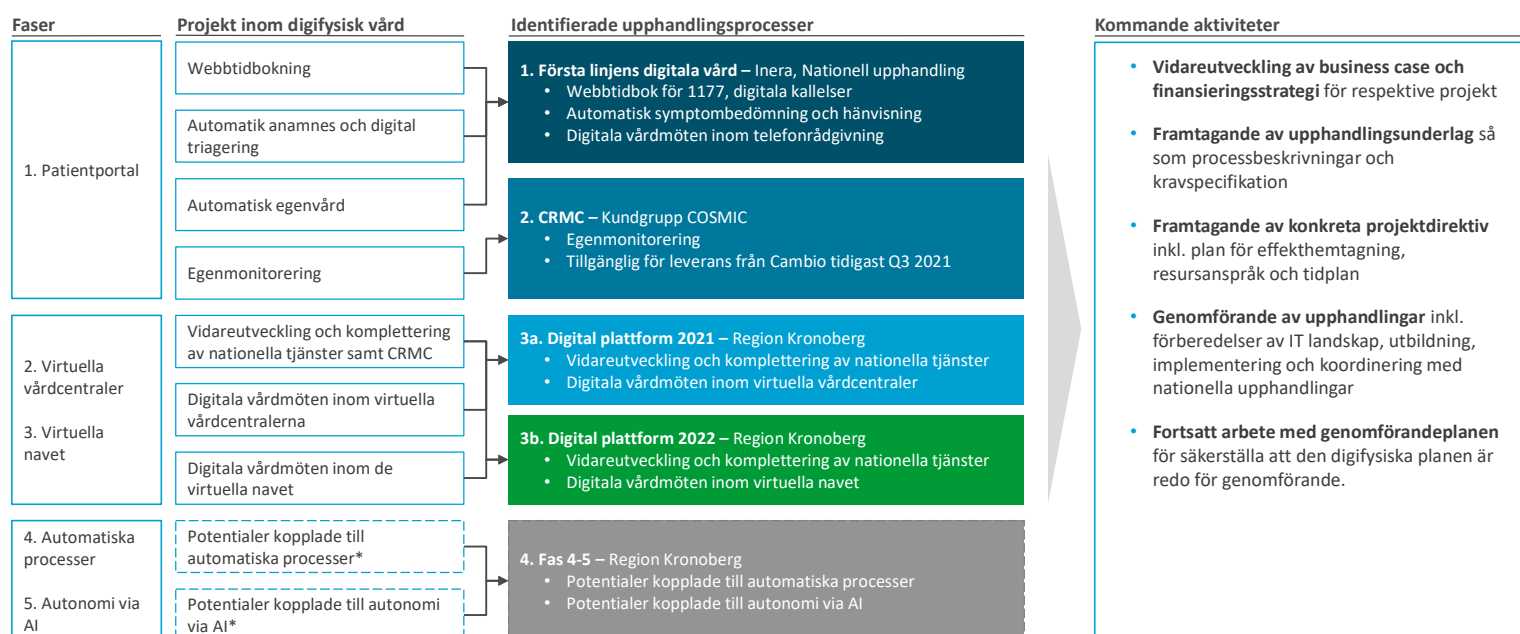
Upphandling av digitala verktyg på nationell och regional nivå påbörjas 2021 för att realisera helhetsplanen

- Första linjens digitala vård – Inera, Nationell upphandling
- CRMC – Kundgrupp COSMIC
- Regionens egna upphandling för digital plattform – Region Kronoberg

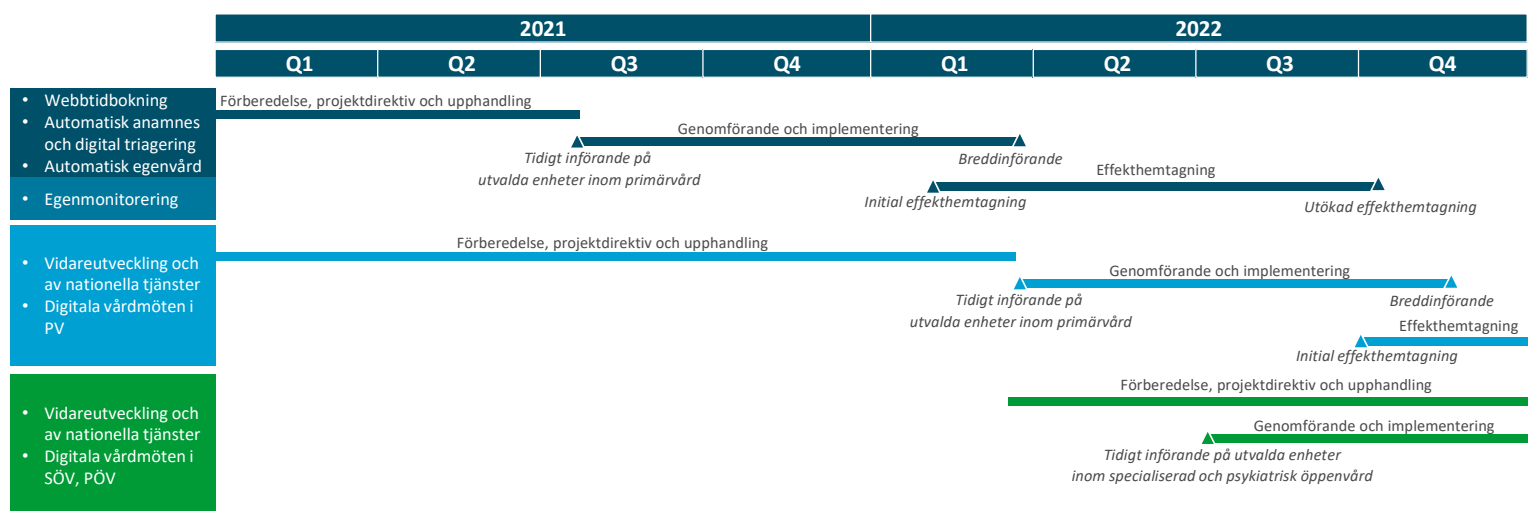
¹Webbtidbokning, Automatisk anamnes och digital triagering, Automatisk egenvård, Egenmonitorering, Digitala vårdmöten – virtuella vårdcentraler, Digitala vårdmöten – virtuella navet



Digitaliseringen: Nästa steg i arbetet är att ta fram business case, finansieringsstrategi för helheten och respektive projekt samt förbereda inför upphandling



Webbtidbokning, egenmonitorering, automatisk anamnes och digital triagering kan påbörjas under Q3 2021 med första effekthemtagning Q1 2022 givet framdrift i upphandlingsprocesser



- Webbtidbokning, automatisk anamnes och digital triagering och automatisk egenvård införs inom ramen för Ineras och Cambios leveranser
- Under Q1-Q2 2021 förbereds samtliga projekt med kravspecifikationer för att identifiera vilka funktionaliteter som kan levereras från Inera/ Cambio och vad RK måste upphandla
- Vidareutveckling av Ineras och Cambios tjänster hanteras i regionens egna upphandling där b.la. digitala vårdmöten inom primärvård, specialiserad och psykiatrisk öppenvård ingår



Införandet av den nya vårdstrukturen Närmare Kronobergaren ger bättre och mer jämlik vård och hälsa och når nästan hela vägen i att säkerställa en långsiktig hållbar ekonomi



Utmaningar

- Invånarna blir fler och äldre – vårdkonsumtionen ökar
- Kompetensutmaningar
- Den medicinska och tekniska utvecklingen - bättre och dyrare vård och behandling



Målbilden

- Utveckla en modern sjukvård i linje med nationella och regionala beslut
- Uppnå en tillgänglig, jämlik, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård
- Tillse resursallokering enligt patienters behov



Ekonomi i balans

- Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling cirka 5,8% per år efter regionsbildningen (år 2016-2019) – mål 3,6% (realökning)

Effekter av att skapa den nya vården Närmare Kronobergaren

- **Förbättringar för patienten** genom ökad tillgänglighet och delaktighet utifrån patienternas behov
- **Samordnad och sund resursallokering** med rätt kompetens
- **På sikt minskat vårdbehov** per invånare och ökad egenvård
- **Bättre utväxling av investeringar** i hälso- och sjukvården
- **Långsiktig hållbar ekonomisk utveckling** för hela regionen
- **Omställning i enlighet med nationella riktlinjer** för framtidens hälso- och sjukvård
- **Återhållsam dimensionering** av nytt akutsjukhus

Resultatet sammanfattas i den nya vårdstrukturen 2030



7 nästa steg för att säkra genomförandet

- (i) **Planering av (om- eller ny)byggnation** av CLV enligt alternativ 2 med dimensionering 105.000 m2 BTA
- (ii) **Genomför Produktivitetshöjande åtgärder** på sjukhuset (vårdtytor och annan produktivitet) och påbörja detta arbetet under 2001 Q2 eller Q3; utarbeta initiativ för att förbättra produktivitet inom *hela* vården.
- (iii) **Utarbeta detaljer för en återhållsam dimensionering (nybyggnation/ombyggnation)** med 105' BTA tillsammans hela sjukhusorganisationen under Q2-Q3 *i parallell med* genomförandet av Närmare Kronobergaren och Produktivitetshöjande åtgärder
- (iv) **Accelerera genomförandet** av *Närmare Kronobergaren* via *Digifysisk Vård, Personcentrerad Vård* och *Hälsofrämjande insatser* med särskild fokus på topp 20% patienter
- (v) **Detaljera en strategisk handlingsplan** under Q2-Q3 för ombyggnation av *hela* vårdstrukturen i regionen, i enlighet med nya vårdstrukturen *Närmare Kronobergaren*, vilket omfattar hälften av alla patientflöden och samtliga arbetsprocesser
- (vi) **Programkontor:** I takt med att handlingsplanen växer fram Q2 –Q3, bör ansvaret för delar av genomförandet läggas över till det Programkontor som etableras under Q1-Q2
- (vii) Analysera huruvida andra åtgärder så som profilering kan ge ytterligare fördelar ur ett hälsoekonomiskt perspektiv med fler friska levnadsår för Kronobergs befolkning. Besluta kring detta i maj 2021.



